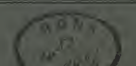
CENTRE HOMŒOPATHIQUE
DE
FRANCE

COMPTE-RENDU
DES
ACTES DU Ve CONGRÈS
DE
MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE

MAI 1939

25, rue Murillo, 25
PARIS (8e)





COMPTE - RENDU

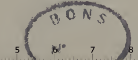
DES

ACTES DU Ve CONGRÈS

DE

MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE

MAI 1939



SOMMAIRE

VENDREDI 5 MAI

LA TRADITION SCIENTIFIQUE
DE L'HOMŒOPATHIE

par le Dr Léon VANNIER

SAMEDI 6 MAI

L'HOMŒOPATHIE
ET LES MALADIES DU CŒUR

par le Dr Jean POIRIER

SÉANCE DU VENDREDI 5 MAI

Dr Kopp, président :

Mesdames, Messieurs, la séance est ouverte. Je passe de suite la parole au Dr Pigot qui va nous parler de l'eczéma lichénoïde du chien.

Dr Pigot :

ECZÉMA LICHÉNOIDE DU CHIEN

L'eczéma lichénoïde semble n'être, le plus souvent, chez le chien, qu'une complication du grattage que provoque un eczéma ancien. Il a été très bien décrit par notre maître, le Pr Leblois, d'Alfort, qui en donne la description suivante :

« Il est caractérisé par une déglabration accompagnée d'un plissement de la peau, en quadrillage irrégulier, qui la fait ressembler grossièrement à une écorce d'arbre. Il y a peu ou point d'infiltration, la souplesse est à peu près normale, le prurit insignifiant ou nul.

« Dans sa forme la plus classique, il occupe le pli du flanc, et seulement dans cette zone, où, l'animal étant assis, la peau se trouve en contact avec elle-même ; aussi la lésion est-elle limitée par un bord très net.

« En d'autres circonstances, la lésion est observée sur l'abdomen ; elle ne déborde pas sur les régions pileuses qui lui tracent sa limite. »

Les quelques cas que j'ai pu observer répondaient bien à cette description. Cependant, ils s'étendaient largement sur la peau de l'abdomen ; presque toujours depuis le cercle de l'hypocondre jusqu'aux parties génitales. Ils étaient toujours apparus sur des terrains eczémateux anciens et avaient résisté à des traitements multiples.

Un seul cas s'écarte de la description classique : il s'agissait

d'un chien, 7 mois, à poil ras (basset allemand), qui présentait des placards de lichen sur la face inférieure du thorax, depuis la limite de séparation de celui-ci avec le cou, jusqu'au cercle de l'hypocondre ; latéralement, ces placards débordaient légèrement sur la face interne des bras, jusqu'au niveau du coude. L'ensemble dessinait un plastron dépilé, uniformément ardoisé, dont la peau, très douce au toucher, était légèrement en relief sur les téguments sains et présentait un quadrillé très fin, dont les sillons étaient peu profonds (2 à 3 dixièmes de millimètre tout au plus).

En somme, l'eczéma lichénoïde du chien se traduit :

1° Par son aspect plissé, quadrillé, à peau épaissie ;

2° Par sa localisation, qui intéresse presque toujours la partie inférieure du ventre et les flancs, sans doute en raison de ce que ces parties sont plus exposées au grattage.

En outre, on peut rencontrer très souvent d'autres lésions cutanées, en particulier des verrues ou des papillomes.

Le traitement allopathique est à peu près inopérant. Seule, l'huile de cade semble avoir une action locale. Aucun traitement général ne m'est apparu efficace.

Le traitement homœopathique, par contre, m'a donné d'excellents résultats, associé le plus souvent avec des applications locales d'huile de cade incorporée à des pommades.

Les remèdes indiqués sont peu nombreux.

Arsenicum iodatum semble le plus important. Bien que sa pathogénésie soit assez succincte, il peut s'appliquer dans tous les cas de lichénification, en raison de ses démangeaisons persistantes et de la chronicité de l'affection.

Sulfur iodatum convient aussi à la majorité des cas. Nous retrouvons ces éruptions persistantes, avec démangeaisons intenses, dont parle la matière médicale.

Arsenicum album peut être prescrit dans certains cas au lieu d'*Arsenicum iodatum*. Nous avons comme indications : le durcissement et l'induration de la peau qui a tendance à se rider. La peau est sèche, rugueuse, écailleuse, avec des démangeaisons, des papules, de l'œdème. Le prurit d'*Arsenicum* est violent, il est aggravé la nuit, de 1 heure à 3 heures du matin.

Graphites a aussi parfois la peau sèche. Ses éruptions se trouvent surtout aux plis de flexion des membres et le sujet présente parfois des tumeurs graisseuses. Souvent, la lichéni-

fication se rencontre sur un terrain de *Graphites*, et le dos ou d'autres régions présentent des plaques suintantes caractéristiques du remède.

Mercurius solubilis a aussi des démangeaisons très violentes ; la peau à vif entre les cuisses et le scrotum, des éruptions vésiculeuses et pustuleuses. J'ai trouvé plusieurs fois son indication d'après l'état général.

Quelques remèdes moins importants sont à signaler :

Lycopodium, la peau est sèche et ridée, le prurit violent, surtout le soir.

Kreosotum. Prurit excessivement violent, surtout le soir. Eruptions papuleuses.

Enfin, deux remèdes de premier ordre :

Sulfur, qui s'applique à tous les eczémas. Rappelons la peau rugueuse et malsaine, l'eczéma aux plis des membres et autour des orifices, le prurit aggravé par la chaleur, la mauvaise odeur de la peau, la chronicité de l'affection.

Toutefois, il est préférable de ne donner *Sulfur* qu'en fin de traitement, sous peine de voir des aggravations qui seront évitées avec *Sulfur iodatum.*

Thuya, a la peau sale, visqueuse, malsaine, de mauvaise odeur. Elle porte des excroissances verruqueuses nombreuses.

Thuya a une action remarquable sur l'eczéma lichénifié, lorsque la peau présente des verrues, ce qui est fréquemment le cas. Il suffit de le donner en haute dilution, en doses espacées.

Voici deux observations :

OBSERVATION I

Rip, bouvier, 3 ans, vu pour la première fois le 12 *mai* 1936. Il présente de l'eczéma depuis le printemps 1935. Cet eczéma est pire au printemps et en été, il s'améliore en hiver. Le chien est très maigre, frileux ; il se gratte continuellement. Le poil est clairsemé ; la peau sèche, squameuse et sur le ventre elle est plissée, lichénifiée. Les oreilles sont dépilées ; à l'intérieur, le cerumen est abondant, jaune, visqueux.

Traitement : *Arsenicum iodatum* 200.
Sulfur 200.
Mercurius 30.
Arsenicum iodatum 30.

Le 25 *juin*, très grosse amélioration. Le poil repousse partout, sauf sur le ventre. Le chien est toujours maigre.

Arsenicum iodatum 500.
Sulfur 500.
Même traitement quotidien.

21 *juillet.* — La maigreur a disparu. L'oreille gauche est encore malade. Le cerumen est jaune et épais. A l'intérieur des cuisses, verrues nombreuses sur la peau.

Traitement : *Thuya* 200, 500, et M à un mois d'intervalle.
Sulfur M 2 doses intercalées.
Natrum arsenicosum 30.
Graphites 30.

La guérison survient à la suite de ce traitement.

OBSERVATION II

29 *décembre* 1938. — Tekel, mâle, 7 mois. Présente depuis deux mois un eczéma lichénoïde sur la face inférieure du thorax. En dedans des jarrets, la peau est croûteuse, dépilée, plissée, infiltrée.

Sulfur iodatum	200.
Arsenicum iod.	200.
Arsenicum iod.	30.
Rumex crispus	6.
Natrum arsenicosum	3eX.

Un mois après, le poil est presque entièrement repoussé. Le sujet est guéri deux mois après le début du traitement.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Nous remercions et félicitons de son observation détaillée le Dr Pigot qui pratique avec succès la médecine homœopathique vétérinaire.

Personne n'ayant d'observations à présenter à propos de cette observation, je donne la parole au Dr Mazet.

Dr Mazet :

UN CAS DE CANCER DU RECTUM AVEC MÉTASTASE HÉPATIQUE SOIGNÉ HOMŒOPATHIQUEMENT

Ce n'est pas une histoire de guérison d'un cancer par traitement homœopathique que je vous apporte. Ce serait trop beau pour être vrai. Mais c'est l'histoire d'une évolution cancéreuse où tout de même on constate l'action bienfaisante des médicaments homœopathiques.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, de constitution carbonique, de tempérament hydrogénoïde, sujet de *Lycopodium* après avoir été *Sulfur*. Teint terreux, presque subictérique.

Mobilisé en 1914, il est envoyé en Orient où il aurait eu du paludisme atténué et de la dysenterie peu grave.

On relève, en outre, dans ses antécédents, une gonorrhée.

Fin octobre 1937, il vient me voir parce que, depuis un an, il a maigri progressivement de quelques kilos, et qu'il éprouve après chaque repas des besoins urgents, précédés de coliques, d'aller à la selle, avec émission de selles aqueuses, jaillissantes. Il vient d'avoir, quelques jours auparavant, du sang noir dans les matières expulsées.

A l'inspection, on est immédiatement frappé par la présence, en dessous des fausses côtes droites, d'une tumeur saillante, dure, peu sensible, de la grosseur d'une belle prune reine-claude, tuméfaction en rapport avec le foie.

Le toucher rectal révèle la présence d'un volumineux epithelioma de la face antérieure du rectum, ulcéré, saignant, accolé pour ainsi dire à la paroi vésicale.

Sur mon conseil, le malade s'adresse à un chirurgien des hôpitaux de ses amis qui décide de faire un anus iliaque.

Opération vers le 20 novembre, suites opératoires normales. Cependant, depuis l'intervention chirurgicale, malgré les goutte-à-goutte de sérum, la faiblesse s'accroît, l'appétit a complètement disparu. On fait alors absorber à l'opéré de l'hépatrol qui est mal toléré et provoque des vomissements alimentaires. Tout ce que le patient essaie d'absorber est aussitôt rejeté. Le sommeil est très mauvais.

Puisqu'il n'y a plus que des pansements à faire, le malade décide de rentrer chez lui. A la sortie de la maison de santé,

le pronostic du chirurgien, communiqué à la famille, est : issue fatale d'ici trois à six mois, après des troubles urinaires extrêmement douloureux, rendus inévitables par la localisation même de la tumeur.

Je prends alors la direction du traitement médical et je prescris :

China 30
Hydrastis 30
Avena sativa } ââ 3e Dale
Alfalfa }

X gouttes une demi-heure avant les deux principaux repas.

Bellis perenis, 3e Dale, X gouttes à 16 heures.

Bellis perenis est un succédané d'*Arnica* pour les gens qui ont subi un traumatisme, et un anus iliaque peut être considéré comme un traumatisme assez grave. C'est, à n'en pas douter, un médicament anti-cancéreux.

L'appétit revient presque immédiatement, et bientôt le malade ne se sent jamais rassasié. Le sommeil est meilleur. Néanmoins, le patient se sent très fatigué, ses mains presque diaphanes et exsangues, son teint cireux, ses muqueuses décolorées traduisent de toute évidence une anémie profonde.

L'examen pré-opératoire et l'analyse sanguine avaient révélé la présence de :

Urée : 0,43.
Glucose : 0,95.
Hématies : 3.950.000 par millimètre cube.
Leucocytes : 9.500.
Valeur globulaire : 0,76.
Temps de coagulation en tube : 12 minutes.
Rétraction du caillot : normale.

Une autre analyse faite le 9 décembre, après sa sortie de la maison de santé, montre 1.960.000 globules rouges au lieu de 3.950.000, leucocytes, 5.700 ; anisocytose légère, poïkilocytose et polychromatophilie, cellules de Türk 0,25 pour 100 globules ou 14 par millimètre cube. Cette différence appréciable pouvait expliquer les troubles dont le malade se plaignait.

Je modifie le traitement et, à la place de *China*, je donne *Ferrum metallicum* 30, le 10 décembre.

Le 17 décembre, une nouvelle analyse, c'est-à-dire huit jours après la première absorption de *Ferrum metallicum :* 2.100.000 globules rouges, soit 200.000 globules rouges envi-

ron de plus. Les globules blancs sont à 10.900. Valeur globulaire : 1.

Le 11 janvier, après une nouvelle analyse où, cette fois, les globules rouges sont passés de 2.100.000 à 2.680.000, je maintiens *Ferrum metallicum* et j'ajoute *Cadmium sulfuratum* 30, une semaine chacun.

Cadmium sulfuratum est un remède très utilisé par les médecins homœopathes anglo-saxons dans ces cas-là, parce qu'il a dans ses symptômes l'extrême faiblesse et les modifications sanguines habituelles au cancer.

Le 11 février, c'est-à-dire un mois après l'absorption de *Cadmium sulfuratum* et de *Ferrum*, les globules rouges sont passés de 2.680.000 à 3.610.000, c'est-à-dire qu'ils sont presque normaux. Les globules blancs sont montés, eux, à 16.700. Le malade, non seulement se sent beaucoup mieux, son appétit est presque soutenu, mais les hémorragies ont complètement disparu. Par la suite, de loin en loin, il s'est produit une expulsion de matières noirâtres spongieuses, des débris de tumeur plutôt que des hémorragies.

Malgré le fonctionnement très régulier de l'anus artificiel, il y avait parfois une selle par le vieil anus, mais selle non douloureuse et pas toujours accompagnée de sang. Le malade a engraissé de 3 kilos jusqu'en mai 1938. Il s'est maintenu par la suite sans variation ; l'appétit est resté excellent. Le sommeil est très bon. Il déclare qu'il dort comme un enfant.

Le traitement a continué avec les médicaments que je vous ai indiqués avec adjonction de : *Thuya* 30, *Natrum mur.* 30, *Calcarea arsenicosa* 30, *Arsenicum album* 30.

Jamais je n'ai donné de hautes doses, je suis toujours resté dans les limites prudentes des 30e.

Le 17 juin, quatre mois après, le malade accuse dans l'analyse sanguine 3.700.000 globules rouges, au lieu de 3.610.000, ce qui montre qu'il y a toujours une hématopoïèse active. Et cette fois, en même temps, il y a eu diminution des globules blancs, qui sont descendus de 16.700 à 11.500, et disparition des déformations globulaires. Le malade a repris la direction de son affaire — c'était un négociant menant une vie très active — et en outre a pu faire des voyages assez longs, par exemple dans le Midi, où il avait une grosse propriété dont il surveillait l'exploitation.

Chose très intéressante : la tumeur n'a pas augmenté, à tel point que le chirurgien qui avait eu une consultation peu

de temps après l'opération avec un radiographe et radiothérapeute, après laquelle on avait préconisé un traitement radiothérapique conduit de la façon suivante : Tension : 2 à 300 kw., filtre : ½ Cu + 2 Al., dose : 20 Rœntgen, répété deux fois la semaine, devant l'évolution favorable de ce cancer a renoncé spontanément à l'application des rayons de Rœngten. Malgré cela, la métastase non seulement s'est atténuée — au début vous vous rappelez que le volume était de la valeur d'une prune reine-claude — mais la tumeur a complètement disparu à l'inspection. Pour la sentir, il fallait exercer une palpation profonde, et encore on ne sentait pas de tumeur délimitée. Celle-ci s'était aplatie et avait pris l'aspect d'une bande.

Le malade a ainsi vécu jusqu'en janvier 1939 ; il s'est éteint sans avoir pour ainsi dire souffert. Jamais les symptômes urinaires annoncés ne se sont produits. Ce n'est que dans le dernier mois de son existence que le médecin local, allopathe, a dû recourir à la morphine pour calmer des douleurs peu vives, surtout nocturnes, et il n'a jamais dépassé, ou du moins que très exceptionnellement, la dose de 1 centimètre cube par jour.

Cette observation, que je résume, me paraît très intéressante parce que, grâce aux analyses et à l'évolution clinique de cette affection, on peut suivre pas à pas l'action des médicaments homœopathiques tant sur l'anémie et la déglobulisation du sang que sur l'arrêt de l'évolution de l'épithélioma du rectum et l'arrêt de la métastase hépatique. Voilà un homme qui a mangé, dormi, vécu d'une façon à peu près normale, sauf qu'il était obligé de se reposer plus longtemps qu'il ne le faisait auparavant. Il a continué à diriger son affaire et a vécu à peu près une vie normale pendant douze mois alors qu'on lui avait prédit trois mois d'existence. Ce fait valait d'être signalé parce que fort instructif.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

L'observation du Dr Mazet est très intéressante puisque, malgré une lésion profonde, organique, malgré l'intervention chirurgicale, il est arrivé, par une médication homœopathique bien comprise, non seulement à éviter des douleurs intolérables à son malade, mais à le soulager de façon efficace et à

éloigner l'échéance finale en trompant ainsi tous les pronostics.

Dr Perret :

L'amélioration ou la suppression des douleurs de cancer par les remèdes homœopathiques est une question qui doit inspirer notre attention et nos efforts.

Il est en effet surprenant de voir combien nous pouvons améliorer des cancéreux parvenus au terme de leur maladie, car les uns et les autres, nous ne recueillons guère que des cancéreux qui ont déjà usé de tous les procédés thérapeutiques et qui, par conséquent, viennent chez nous quand il n'y a quasiment plus rien à faire.

Je viens d'en avoir un exemple frappant. Un malade est venu me consulter pour la première fois en septembre dernier pour un syndrôme duodénal se manifestant entre autres signes par des douleurs très pénibles, avec diarrhée continue, sanguinolente, un amaigrissement de 13 à 14 kilos. Dès ma première consultation, j'ai eu la conviction de me trouver en présence d'un cancer. Le malade, à qui je demandais une radio, m'a répondu que c'était inutile parce qu'une radio précédemment faite n'avait révélé que des spasmes de l'intestin. Comme il s'agissait d'un monsieur de condition sociale élevée, qu'il était accompagné de sa femme qui confirmait ses assertions, je n'ai pas insisté. J'ai prescrit un traitement et j'ai revu mon malade tous les mois suivants : octobre, novembre, décembre, janvier et février. Au bout de ce temps, il était considérablement amélioré. Ses phénomènes douloureux et sa diarrhée avaient disparu, et il avait repris 8 ou 9 kilos. A chaque consultation, je ne manquais pas de faire un examen clinique approfondi et sentant chaque fois une masse indurée, je demandais toujours une radio que je n'obtenais jamais.

A ma dernière consultation, je me suis fâché : « Si vous ne voulez pas m'apporter une radio, vous voudrez bien considérer que je ne suis plus votre médecin et je ne vous verrai plus. »

Là-dessus, je suis rentré à Paris. Quelques jours après, j'apprenais que le malade avait été radiographié. La radio avait montré une grosse tumeur de la région pyloro-duodénale.

Voici donc un malade qui, sous l'influence du traitement homœopathique, avait vu disparaître ses phénomènes douloureux, ses troubles fonctionnels, qui avait repris de nom-

breux kilos et qui, cependant, était porteur d'une tumeur importante. Ceci pour en arriver à cette conclusion : Étant donné ce que nous pouvons pour les cancéreux qui sollicitent notre secours quand la gravité de leur mal suppose inutile tout effort thérapeutique, on peut justement se demander si on n'obtiendrait pas les résultats les plus heureux chez des cancéreux pris au début de leur mal.

En ce qui concerne l'atténuation ou la disparition des algies cancéreuses par l'homœopathie, j'ai un exemple intéressant à vous signaler : Il y a trois ou quatre ans, à un de nos congrès, un de nos confrères de province — dont je m'excuse de ne plus me rappeler le nom — a fait une communication concernant un malade cancéreux dont les souffrances atroces, que ne calmait plus la morphine, avaient totalement disparu après une dose de *Carbo vegetabilis* 200, au point que le malade put s'éteindre deux mois après sans avoir jamais plus souffert. Cette communication m'avait vivement intéressé et les circonstances ont voulu que je sois à mon tour mis en présence d'un cas semblable.

Il s'agissait d'une cancéreuse littéralement *in articulo mortis* à qui l'on faisait quotidiennement de douze à quinze piqûres de morphine. La malade qui, lorsque je suis allée la voir, ne s'est même pas aperçue de ma présence, était « éventée » par sa fille et trouvait encore la force de demander à être « éventée de plus près ».

Je lui ai donné *Carbo vegetabilis* 200 et j'ai dit à la famille : « Je pars dans huit jours et je serais heureux que vous me disiez avant mon départ si ce médicament a fait quelque chose. » Huit jours après, effectivement, une des filles est venue me trouver et m'a dit : « Docteur, dès l'instant où ma mère a pris la dose de *Carbo*, nous avons cessé les piqûres et elle n'a plus souffert. »

Ceci indique que nous pouvons au moins quelque chose sur l'élément douloureux qui, parfois, résiste aux analgésiques les plus actifs.

Le Président :

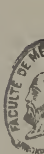
Cette observation prouve une fois de plus que, même dans des cas très graves et lésionnels avancés, l'homœopathie peut donner des résultats intéressants, soit pour soulager le malade, soit pour prolonger sa vie.

La parole est au Dr Cécile Dubost qui va nous parler de *Plusieurs observations de diphtérie*.

Dr Cécile Dubost :

PLUSIEURS OBSERVATIONS DE DIPHTÉRIE

Le 7 *juillet* 1938, le Dr Poirier me demande d'aller voir, en banlieue, une de ses malades. Il s'agit, me dit-il, d'une petite mongolienne de 9 ans ½ qu'il a vue chez lui, à deux reprises, depuis le 16 mars dernier. Depuis le 2 juillet, c'est-à-dire depuis cinq jours, l'enfant s'étant plainte de mal de gorge, les parents ont téléphoné au Dr Poirier pour demander conseil ; devant le peu d'inquiétude manifesté par la famille, ce dernier a conseillé de faire prendre à l'enfant *Belladonna* 6 et *Solubilis* 6 alternés, puis, sur un nouveau coup de téléphone, *Cyanatus* 6. L'état de la malade restant stationnaire le 3 et le 4 juillet, la famille ne juge pas opportun d'appeler le Dr Poirier et continue à donner *Cyanatus* de deux heures en deux heures pendant ces deux jours. Cependant, sur les amygdales, la mère constate de petites plaques ovales de la grosseur d'une lentille. Le 6 au soir, la malade paraît fatiguée, et l'état de la gorge ne s'améliorant pas, on appelle le Dr Poirier qui, le 7 au matin, me demande de voir la malade.



Le 7 *juillet*, je me trouve en présence d'une petite fille de 9 ans ½ présentant tous les signes habituels de l'arriération mongolienne : de petits yeux bridés, la bouche ouverte, la langue grosse et proéminente.

La tête penchée sur l'épaule, elle paraît prendre un intérêt extrême à la conversation, mais on s'aperçoit bientôt que cet intérêt est très superficiel et que, bien qu'elle parle, elle présente à peu près le vocabulaire et le développement intellectuel d'un enfant de 2 ans. Assez bavarde, elle apparaît, dès qu'on la connaît un peu, comme une enfant très joviale, et c'est le trait qui domine son caractère.

Ce matin du 7 *juillet*, Jeanne est assise dans son lit. La température est à 39°. La respiration est régulière, mais bruyante comme chez tous les mongoliens. Le nez apparaît encombré de mucosités et les narines entourées de petites érosions, de croûtes saignantes que l'enfant entretient depuis

plusieurs jours en les écorchant, sans toutefois y mettre d'insistance.

Le teint est coloré et, compte tenu du type mongolien, l'aspect général bon. Mais on est frappé en l'approchant par le volume inusité du cou de l'enfant, qui traduit une grosse adénopathie bilatérale.

L'examen de la gorge montre des amygdales énormes, confluentes et tapissées de fausses membranes, à la face antérieure mais aussi à la face postérieure, fausses membranes typiques qui, jointes à l'adénopathie, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature diphtérique de cette angine. La mère insiste sur la conformation habituelle de la gorge de l'enfant qui, en dehors de toute affection aiguë, est particulièrement étroite. Les amygdales sont toujours très grosses : « A l'état normal, dit-elle, on ne passerait pas un crayon dans sa gorge. »

Et j'apprends que le 2 mai, une sœur de la malade, Thérèse, âgée de 7 ans, a fait une angine diphtérique sévère soignée par les méthodes classiques et a reçu 30 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. En même temps, un jeune frère, Michel, 3 ans, a présenté une température élevée avec quelques points blancs dans la gorge. Le médecin traitant injecte 10 centimètres cubes de sérum, tout rentre rapidement dans l'ordre pour lui et après un isolement réglementaire d'un mois et une désinfection non moins réglementaire des locaux (mais, hélas ! pas de prélèvement), les deux enfants retournent en classe.

Nous verrons que, porteurs de germes, ils contaminent plusieurs enfants.

Devant ces antécédents familiaux relativement récents, je demande à voir Michel et Thérèse.

Thérèse a toutes les apparences d'une enfant fatiguée mais normale. Michel, par contre, a les narines érodées, de petits éléments impétigineux de la lèvre supérieure, un coryza suspect qui me font demander qu'on l'isole et qu'on fasse, ainsi qu'à Thérèse et à Jeanne, la malade actuellement atteinte d'angine diphtérique, un prélèvement dont voici les résultats :

Thérèse : prèlèvement négatif.

Michel : bacilles moyens et longs.

Jeanne : bacilles de Löffler moyens associés au staphylocoque.

Un quatrième enfant (le 7e de la famille), François, âgé

de 3 mois, est isolé après un prélèvement qui est négatif.

Signalons tout de suite que MICHEL, celui qui, porteur de bacilles longs et moyens depuis le 2 mai, c'est-à-dire *depuis deux mois*, a contaminé sa sœur et plusieurs de ses camarades de classe, reçoit, après avoir été isolé, le traitement suivant :

Sulfur 30, 5 granules tous les deux jours.

Pulsatilla 30, 2 granules au réveil et au coucher tous les jours.

Ce traitement n'a rien de très original, ni surtout de spécifique et cependant, le 23 juillet, c'est-à-dire *onze jours* après le début de ce traitement, un nouveau prélèvement est négatif. Les petites érosions des narines ont disparu, de même le coryza signalé plus haut.

Devant ce foyer épidémique, d'autres mesures prophylactiques s'imposent : j'ai dit qu'il s'agit d'une famille de sept enfants. Je fais donc une série de réactions de Schick. Nous y reviendrons plus tard.

Après cette digression, retournons à notre petite mongolienne. Nous avons vu que, chez elle, *Mercurius cyanatus*, remède habituellement si fidèle, a paru inopérant. J'ai nettement l'impression que dans un but louable, la maman a trop et trop longtemps répété le remède : il faut donc le supprimer.

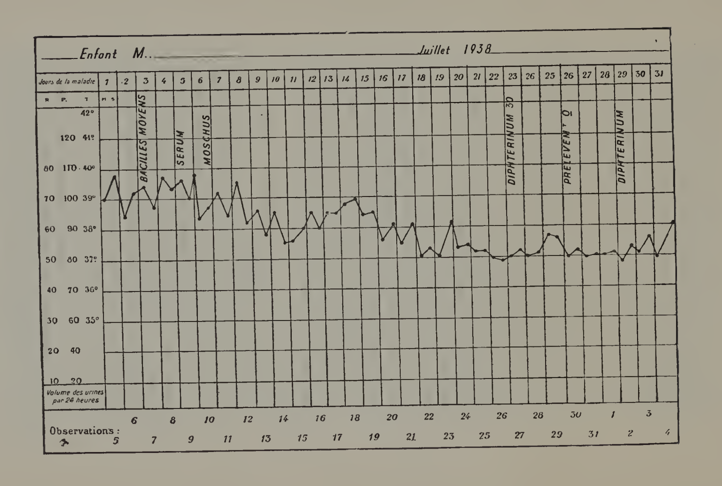
Devant l'aspect des mucosités nasales épaisses, collantes, verdâtres, devant la toux et la voix éteinte, je prescris *Kali bichromicum* 6, *Belladonna* 6, *Spongia* 6, alternés de deux heures en deux heures.

Devant l'odeur repoussante de l'haleine, j'ajoute :

Hepar sulfur 30, 5 granules.

Le lendemain, 9 *juillet*, la toux et la voix sont complètement éteintes, la température reste entre 39° et 39°7 et, malgré l'âge de l'enfant, c'est au croup que l'on est obligé de penser. Le volume exceptionnel des amygdales, l'étroitesse anormale de la glotte ont permis aux fausses membranes d'obstruer son larynx comme s'il s'agissait d'une enfant beaucoup plus jeune. Un léger tirage s'établit. L'enfant a des selles fréquentes, noires, liquides et très fétides. Elle présente un certain état d'angoisse et d'agitation, urine sous elle, mais se lève constamment pour aller sur le seau.

Le coryza est épais, sanglant, l'haleine putride, mais les fausses membranes, quoiqu'abondantes, se flétrissent et commencent à se détacher. Toutefois, l'amélioration ne me paraissant pas suffisamment rapide, et surtout en présence des


Enfant M..
Juillet 1938
Jours de la maladie
R P. T
42°
120 41°
80 110 40°
70 100 39°
60 90 38°
50 80 37°
40 70 36°
30 60 35°
20 40
10 20
BACILLES MOYENS
SERUM
MOSCHUS
DIPHTERINUM 30
PRELEVEMT Q
DIPHTERINUM
Volume des urines par 24 heures
Observations :

signes généraux, je propose une injection de sérum antidiphtérique. Je me heurte à une certaine hostilité des parents vis-à-vis du sérum. Le médecin (allopathe) qui a soigné les autres enfants en mai a, me dit-on, craint particulièrement la diphtérie pour JEANNE et a dit, à plusieurs reprises, qu'elle ne supporterait pas le sérum. J'insiste cependant et prescris :

Arsenicum album 30, 2 granules de deux heures en deux heures.

Cyanatus mercurius 30, 5 granules en une seule fois.

Puis, un quart d'heure après avoir injecté 1 centimètre cube de sérum antidiphtérique, j'injecte doucement 5 centimètres cubes, me réservant d'en faire à la visite du soir une dose plus importante.

A partir de ce moment, les prévisions du médecin habituel de la famille semblent se justifier car on assiste à une aggravation brutale des signes locaux et des signes fonctionnels. Les fausses membranes qui, le matin, se détachaient à chaque lavage de gorge, semblent plus résistantes et plus nacrées, elles apparaissent de plus en plus abondantes. Elles recouvrent complètement la luette qu'elles masquent, constituant un véritable rideau dans le fond de la gorge. Le tirage est impressionnant. L'enfant, assise dans son lit, emploie toutes ses forces à respirer, elle paraît affolée et cherche constamment à arracher de son cou un lien imaginaire. Sur ce fond de dyspnée continue se surajoutent des poussées de dyspnée aiguë qui s'accompagnent de cyanose des extrémités et d'un état presque syncopal qui dure de dix à trente minutes. La voix et la toux sont complètement éteintes. La question du tubage ou de la trachéotomie se pose sérieusement ; s'il s'agissait d'une enfant normale, j'y aurais sûrement recours, mais c'est une pauvre épave, une petite idiote, j'attends encore.

Lachesis 30 est suivi d'une légère détente et diminue surtout l'intensité des poussées spasmodiques.

On continue *Arsenicum* 30.

Le 10 juillet, la température a baissé à 38°, mais l'enfant paraît plus abattue.

Il n'est pas question de refaire du sérum que les parents accusent d'avoir provoqué l'aggravation brutale de la veille, et c'est sur cette notion que je donne :

Thuya 30, 5 granules.

J'ajoute : *Mercurius protoiodatus* 6.

A 21 heures, le soir, l'état de la malade paraît désespéré.

L'enfant vient de recevoir l'Extrême-Onction. La respiration est courte, l'enfant, qui lutte depuis deux jours contre l'asphyxie, paraît exténuée et désespérée. Deux choses me frappent : la toux muette incessante et un état d'excitation sexuelle considérable ; il faut tenir sans cesse les deux mains de l'enfant qui, malgré son état très grave, porte sans arrêt la main à ses organes génitaux. *Moschus* a ces signes, je le donne en 6e, de deux heures en deux heures.

Après la première prise de ce remède, la malade a une crise de dyspnée et de cyanose plus pénible que toutes celles observées jusqu'ici. Voici le compte rendu que la mère, qui la veille, a fait de cette nuit :

« Vers 1 heure du matin, écrit-elle, le mieux se fait sentir après l'absorption de *Moschus*, environ une demi-heure après, demi-heure d'ailleurs des plus pénibles où il semblait qu'à tout moment l'enfant allait suffoquer. La respiration est meilleure, plus calme, beaucoup moins forte et saccadée. Vers 3 h. 50, la respiration est presque normale et l'enfant respire la bouche fermée et par le nez, *fait qui ne s'était jamais produit, même en bonne santé.* »

Le 11, l'amélioration persiste et les fausses membranes recommencent à s'éliminer dans le lavage de gorge. Mais un nouveau symptôme apparaît : l'excitation sexuelle de la nuit a fait place à une douleur de la région vésicale. L'enfant paraît souffrir ; à tout moment elle porte brusquement sa main à la vulve en se plaignant. D'autre part, elle arrache constamment les croûtes de son nez, la peau des lèvres et est arrivée à se faire au niveau de l'oreille droite une plaie profonde qui laisse le cartilage à nu. Je conseille :

Cantharis 6
Arum triphyllum 6 } alternés de deux heures en deux heures.

La température est en décroissance.

Le 12, l'amélioration continue, la gorge se nettoie, mais l'enfant reste sans voix : l'aphonie persistera pendant quatre semaines et s'accompagnera d'une paralysie du voile qu'améliorent assez rapidement *Gelsemium* et *Causticum*.

Comme remèdes de fond je garde :

Thuya 30 deux fois par semaine et j'introduis bientôt :

Sulfur 30 deux fois par semaine également.

L'état local est bon, mais l'état général reste touché ; l'enfant ne peut se lever et on constate des paralysies des membres inférieurs et des paralysies oculaires. L'amélio-

ration continue jusqu'au 24 *juillet* où la malade est apyrétique.

Au traitement qu'elle reçoit régulièrement, j'ajoute *Diphterinum* 30, deux doses à sept jours d'intervalle ; les deux doses sont suivies, à trente-six heures, par une petite élévation thermique comme on peut le voir sur la feuille de température.

Le 30 *juillet*, après vingt-cinq jours de maladie, le prélèvement est négatif.

L'enfant part à la campagne, mais resté déprimée jusqu'à la disparition des paralysies, c'est-à-dire jusqu'au milieu du mois de septembre. Pendant toute cette période, elle a reçu deux fois par semaine, puis une fois par semaine : *Sulfur* 30 et *Diphterinum* 30, accompagnés de remèdes de drainage banaux.

Elle reprend alors son traitement de fond : *Thuya* 200, *Baryta carbonica* et *Luesinum* 200 et nous avons depuis la surprise de voir cette enfant se développer au point de vue physique et intellectuel d'une façon qu'on n'aurait pas osé espérer. Actuellement, elle commence à lire et donne des signes certains d'intelligence.

Mais ceci sort de notre sujet.

Laissons là notre petite mongolienne et voyons les autres malades atteints de diphtérie au cours de cette épidémie.

J'ai déjà signalé que j'avais été amenée à faire des réactions de Schick aux autres membres de la famille. Voilà les résultats :

— René, 11 ans, a reçu à 3 ans ½ trois injections d'anatoxine. Son Schick est négatif.

— Pierre, 12 ans ½, à 5 ans a eu du bacille diphtérique au niveau d'une plaie de la cuisse, infection pour laquelle il a reçu du sérum. Schick positif.

— Jacques, 13 ans ½, qui, à 6 ans, a reçu trois piqûres d'anatoxine. Son Schick est positif.

Enfin, Zizi, la fille de la femme de ménage, qui a été en contact avec les porteurs de germes, a reçu, dix-huit mois auparavant, les trois piqûres d'anatoxine. Son Schick est négatif.

Voyons maintenant ce qu'il advint de ces enfants.

Malgré vaccination et *Schick négatif*, Zizi s'était vu fermer les portes de la maison contaminée pendant la maladie de Jeanne.

Le 21 *juillet*, une angine blanche apparaît, qu'accompagne

une température aux environs de 39°. On pense à une angine banale, mais l'enfant présente sur les deux amygdales des fausses membranes nacrées, typiques, adhérentes, laissant, lorsqu'on cherche à les détacher, une surface saignante, et se reproduisant aussitôt. Le prélèvement est positif et révèle la présence de bacilles de *Löffler moyens et longs*. L'état général est excellent malgré une température entre 38° et 39° assez rebelle. Localement, les fausses membranes rétrocèdent rapidement *sans sérum* sous l'action de *Cyanatus* 30 une fois par jour et *Belladonna* 30 de deux heures en deux heures.

Le 23 *juillet*, deux jours après le début de l'angine, la gorge est nette.

Le 10 *août*, elle présente encore quelques rares bacilles de Löffler.

Le 19 *août*, trois semaines après l'apparition des fausses membranes, le prélèvement est négatif. Dès la disparition de l'angine, Zizi a reçu un traitement de fond banal : *Sulfur* 30, *Pulsatilla* 30.

Avant de faire reprendre une vie normale à cette « famille hôpital », j'avais fait des prélèvements à tous les sujets bien portants. Le père était négatif, la femme de ménage négative, mais le 10 *août*, la mère hébergeait du bacille moyen.

Le 19 *août*, elle l'hébergeait encore.

Le 26 *août*, le laboratoire répondait : « Staphylocoques et quelques très rares colonies de bâtonnets un peu suspects. »

Sur ce résultat, je me crus autorisée à remettre René, dont le *Schick était négatif* et qui était *vacciné*, en contact avec sa mère. J'ajoute que l'enfant, habituellement en pension, n'avait eu jusque-là *aucun contact* avec la famille.

Le 12 *septembre* on m'appelle auprès de lui pour une angine à fausses membranes d'apparence bénigne. Mais ici encore, c'est cliniquement une diphtérie et la culture montre du *bacille moyen*.

En *quarante-huit heures*, tout est rentré dans l'ordre avec *Cyanatus* et *Belladonna*, sans sérum.

Le 22 *septembre*, *dix jours* après l'apparition de l'angine, l'enfant n'est plus porteur de germes.

Ici s'arrête la série des diphtéries de cette famille.

J'ai eu l'occasion de donner mes soins au cours de cette

épidémie à deux autres enfants qui fréquentaient la même école.

Le 30 *juin* 1938, au Dispensaire Hahnemann, on m'amena Jacqueline B..., qui, ayant eu une angine diphtérique sévère au début du mois d'avril (angine qui a duré, me dit-on, plus de quinze jours), a été soignée par les méthodes habituelles. Elle a reçu une quantité assez importante de sérum antidiphtérique et reste actuellement porteur de bacilles, et de *bacilles longs*. L'enfant est fatiguée, sans appétit et, depuis sa maladie, est devenue particulièrement coléreuse. On me signale un coryza purulent abondant. Ses selles sont très malodorantes, enfin l'enfant présente l'aspect typique de la lèvre supérieure en museau de tapir. J'ajoute que l'enfant *avait été vaccinée par l'anatoxine* et avait reçu trois piqûres.

Prescription : *Hepar sulfur* 30 tous les deux jours.
Nux vomica 30 tous les jours.
Lavage de gorge avec *Phytolacca*.

Le 6 *juillet*, l'enfant est moins fatiguée, l'écoulement nasal a disparu. Elle transpire abondamment et a une tendance marquée à engraisser.

Nous donnons : *Thuya* 30 une fois.
Sulfur 200 une dose.
Calcarea carbonica 30 tous les jours.

Le 20 *juillet*, trois semaines après le début du traitement homœopathique, le prélèvement est négatif, l'enfant va bien.

Le dernier cas de l'épidémie concerne un petit garçon de 6 ans, Jean F..., que sa mère m'a amené en *juin* 1938 pour des troubles du caractère. Ces différents troubles m'avaient amenée à prescrire *Hyosciamus* 200 et 30, et *Sulfur* 30. Très amélioré par ce traitement, l'enfant m'est à nouveau montré quinze jours après pour une éruption siégeant autour du nez, éruption purulente formée de petits éléments en forme de cratère et dont le point de départ paraît être un coryza purulent.

Je prescris d'abord *Rhus tox.*, mais rappelée le lendemain, je constate en plus des éléments éruptifs, que les deux narines sont obstruées par des fausses membranes diphtériques typiques. La température est à 38° 5, l'état général assez bon.

Le prélèvement montre, le 8 juillet, des bacilles diphtériques longs et moyens.

Cette fois, il ne s'agit pas d'un vacciné.

Prescription : *Mercurius cyanatus* 30,
puis *Mercurius protoiodatus*,
puis *Kali bichromicum* 6,
en conservant surtout *Rhus tox.* qui reste indiqué. Les fausses membranes régressent assez rapidement et ont à peu près complètement disparu, de même que les signes généraux, en trois jours, mais le coryza sanglant, les éruptions, témoignent que la muqueuse naso-pharyngée reste infectée pendant une quinzaine de jours, après lesquels le malade reprend une vie normale, sans contact avec l'extérieur bien entendu.

Mais le prélèvement reste positif et, pendant *cinq mois*, jusqu'en *décembre* 1938, l'enfant continue à héberger des bacilles diphtériques.

Comme on peut le penser, pendant ces cinq mois, j'ai essayé tous les remèdes symptomatiques que l'arsenal homœopathique mettait à ma disposition. L'enfant a reçu à plusieurs reprises *Diphterinum* sans aucun résultat. Il allait bien, mais restait porteur de germes. Il en fut ainsi jusqu'au jour où, oubliant volontairement la présence de bacilles diphtériques dans le nez de cet enfant, je repris son traitement de fond : *Hyosciamus* 200 et 30.

Une dizaine de jours après le début de ce traitement, le prélèvement était enfin négatif.

A ces observations, j'en ajouterai une autre puisque je vous présente toutes les diphtéries que j'ai vues en un an. *Elle concerne encore une vaccinée*, je m'excuse d'avoir l'air de les choisir.

Le 22 *février* de cette année, M. L... me téléphone en me demandant de venir voir MONIQUE, 7 ans, qui se plaint de la gorge et a une température à 39° 3. Je conseille *Cyanatus* 30 une dose et *Belladonna* 6 et, la malade habitant en banlieue, j'y vais le lendemain matin.

Le 23 *février*, je vois une petite fille de 7 ans présentant une angine diphtérique typique, prédominant à gauche. La luette est repoussée en avant par un amas de fausses membranes qui tapissent la face postérieure du voile. Il existe une grosse adénopathie bilatérale. La température est à 38° 2 le matin, à 39° 8 le soir. L'état général est excellent, mais l'enfant est pâle.

Le prélèvement ne peut être fait que le lendemain et montre, après quatorze heures : bacilles de Löffler longs et moyens.

En attendant, je prescris *Cyanatus* 30 une fois par vingt-quatre heures et *Belladonna* 6 de deux heures en deux heures. Lavages de gorge toutes les trois heures avec *Phytolacca* T. M.

Le 24 *février*, l'état général reste très bon, température 38°, les fausses membranes diminuent et se flétrissent à gauche, mais s'étendent à droite. L'enfant se plaint... mais de la faim. Je lui donne *Psorinum* 30 et, bien que convaincue que le traitement homœopathique serait chez elle suffisant, j'injecte 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

Tout en continuant à recevoir *Belladonna* et *Cyanatus*, l'enfant reçoit les deux jours suivants 10 centimètres cubes de sérum. Les fausses membranes disparaissent rapidement, la température est à 37° et je préviens la famille que les accidents sériques se produiront dans quelques jours.

Cependant, à l'instigation de Mlle Willm, à qui je parle de la malade et qui a bien voulu me remplacer un jour auprès d'elle, je prescris *Squilla maritima* 3 X, Alice Willm ayant eu l'occasion d'observer un sujet chez lequel la manipulation de ce remède avait déterminé une pathogénésie, avait été, me dit-elle, frappée des analogies entre les signes de ce remède et les accidents sériques. Elle me conseille donc de le donner préventivement.

L'enfant reçut, à partir du sixième jour, après la première injection de sérum, *Squilla* 3 X, 5 gouttes deux fois par jour.

Et de fait, les accidents sériques ne se sont pas produits. Le douzième jour, la température s'est élevée de 3 ou 4 dixièmes, sans que rien d'autre soit noté.

C'est surtout ce qui m'a paru intéressant dans cette observation qui n'appartient pas par ailleurs en propre à la thérapeutique homœopathique, puisque l'enfant a reçu 30 centimètres cubes de sérum.

Par ailleurs, convalescence sans histoire, avec un traitement de fond banal :

Sulfur iodatum 200,
Natrum muriaticum 200,
Pulsatilla 30,
Ostéocynésine.

Le 18 *mars*, un prélèvement est encore positif.

Le 25 *mars*, un premier prélèvement est négatif, mais une semaine après, un nouveau prélèvement est positif en même temps qu'apparaissent des paralysies : rejet des liquides par le nez, voix nasonnée, paralysie de l'accomodation. Une dose

de *Diphterinum* 30 *coupe en vingt-quatre heures* ces paralysies commençantes et le prélèvement suivant est négatif. Cinq semaines après le début de l'angine, l'enfant est en parfait état et ne paraît pas avoir souffert de sa maladie.

MONIQUE a été soignée pendant toute sa diphtérie par sa mère qui avait toutes raisons pour être contaminée, puisque :

— Enceinte de quatre mois,

— Porteuse d'un pneumothorax (donc terrain assez peu résistant),

— Schick très positif,

et, le 7 *mars*, *prélèvement positif* (bacilles longs).

Dès le début de l'angine de l'enfant, la mère a pris :

Cyanatus 30 tous les quatre jours,

puis *Sulfur* 30 tous les quatre jours.

Le 18 *mars*, onze jours après la constatation de la présence de bacilles longs, un nouveau prélèvement était négatif sans que la moindre angine ait apparu.

En résumé, je vous ai présenté plusieurs observations d'où se détachent :

1° Des faits : ces faits ont une valeur de fait, donc une valeur absolue pour tout le monde ;

2° Des présomptions de faits, où si l'on veut des faits sujets à interprétation et je ne les livre qu'à vous.

Dans la première catégorie, nous trouvons que :

— Sur 6 *enfants* atteints de diphtérie certaine, contrôlée par le laboratoire, 4 avaient été vaccinés par l'anatoxine.

— Sur les 4 enfants auxquels on avait fait une réaction de Schick :

1 vacciné à *Schick négatif* a eu néanmoins *la diphtérie ;*

1 *non vacciné*, mais *ayant eu la diphtérie*, avait un *Schick positif* et n'a *pas eu la diphtérie ;*

1 vacciné à *Schick positif* n'a *pas eu la diphtérie ;*

1 vaccinée à *Schick négatif* a eu la diphtérie.

D'où il ressort :

Qu'un sujet vacciné peut garder un Schick positif, ce qu'on sait déjà ;

Qu'un sujet vacciné peut attraper la diphtérie, ce qu'on sait également, mais, d'une façon assez constante, puisque dans notre petite statistique, 4 sur 6 étaient des vaccinés ;

Qu'un sujet vacciné et à Schick négatif peut néanmoins

attraper la diphtérie. Dans nos deux cas, il s'est agi, disons-le, de diphtéries très bénignes, mais incontestables.

Dans la seconde catégorie, faits susceptibles d'interprétation, nous classerons :

— L'action de *Moschus* qui, personnellement, m'a paru indéniable dans une laryngite diphtérique grave ;

— L'action préventive de *Squilla maritima*, qui me paraît probable, mais demande à être confirmée par d'autres observateurs ;

— L'action relativement rapide des remèdes homœopathiques sur les porteurs de germes, à condition de perdre de vue le but proposé et de faire tout simplement un traitement de fond ;

— Le fait curieux sans plus, que les deux malades qui ont eu des paralysies se trouvent être celles-là même qui ont reçu du sérum, celles qui ont été soignées exclusivement par le traitement homœopathique n'ayant pas présenté de paralysie;

— Enfin, dans les faits susceptibles d'interprétation, on me permettra d'insérer sur le même plan :

1° L'action du sérum antidiphtérique qui, à côté de résultats incontestables, donne aussi parfois des échecs et peut-être même des aggravations ;

2° Le traitement homœopathique de la diphtérie, qui n'est pas toujours suffisant pour assurer la guérison du malade.

Et ceci nous amène à conclure qu'il faut soigner son malade en se gardant avant tout d'y mettre une passion partisane.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Il faut féliciter particulièrement Mme Dubost d'avoir donné cette observation si précise et si bien développée. La question de la diphtérie est tellement importante, et la conduite à tenir pour le praticien est souvent délicate. Si *Mercurius cyanatus* 30 reste le grand médicament de la diphtérie, ce n'est pas le seul, et pour les porteurs de germes, il est très intéressant de constater que le traitement de fond est d'un grand secours. A ce point de vue là, le traitement homœopathique peut rendre de grands services chez les enfants dans les écoles, car il écarte le danger de contagion.

Personne ne demande la parole? Nous allons entendre le Dr Jousse.

Dr *Jousse :*

TROIS GUÉRISONS RAPIDES DE MALADES CHRONIQUES

MESSIEURS,

Les trois guérisons rapides que je vais vous rapporter ne sortent pas de la moyenne courante des succès thérapeutiques des homœopathes. Néanmoins, j'ai pensé qu'il était bon d'en publier de telles de temps en temps, pour lutter contre l'idée, absolument fausse, mais encore ancrée dans un certain public, que l'homœopathie est une méthode excellente, mais très lente dans ses résultats. Et cette idée fausse empêche encore, à elle seule, un certain nombre de malades de venir à notre thérapeutique.

Voici ma première observation :

OBSERVATION I

Il s'agit d'une malade de 29 ans, faisant depuis six ans des crises de diarrhée à la moindre émotion, qui vient me consulter pour la première fois le 29 juin 1937.

Elle a dans ses antécédents : rougeole, coqueluche, scarlatine, rhumes à chaque instant, engelures tous les ans, un enfant, pas de fausse couche.

La diarrhée se produit surtout quand la malade est hors de chez elle ; elle est pressante, s'accompagne de nausées et de sensation d'évanouissement et, dans les périodes de crise, c'est deux ou trois fois par semaine que la malade doit entrer d'urgence dans un café ou un magasin pour éviter de gros ennuis. La radio de l'intestin a été pratiquée et n'a rien montré d'anormal.

La malade présente, en plus de sa diarrhée, un amaigrissement notable : 8 kilos depuis un an, 1 kil. 700 dans le dernier mois. Elle a bon appétit, ne tousse pas pour l'instant, a ses règles qui viennent tous les mois, durent huit jours, mais sont intermittentes et peu abondantes. La tension est de 11-6 au Pachon.

A l'iriscopie, on trouve des signes anciens dans les deux secteurs pulmonaires et des anneaux de crampe bien marqués.

Il s'agit évidemment de diarrhée en partie émotive, en partie éliminatrice de toxines, sur un terrain tuberculinique.

Je donne à la malade :

— *Ignatia* M., une dose.

— *Natrum mur.* 200, une dose 10 jours après.

Les autres jours :

— *China* 30 }
— *Ignatia* 30. } alternés,

et *Solidago* 6 à midi.

Le 20 juillet, c'est-à-dire trois semaines après, la malade revient très améliorée. Elle n'a pas engraissé, mais n'a plus maigri. La diarrhée a disparu dès les premiers jours du traitement. La malade se sent plus forte ; sa tension est remontée à 13-8 au Pachon.

Je lui donne :

— *Sulfur iod.* 200, une dose,

— *Natrum mur.* 200, une dose,

— *T. R.* 200, une dose,

à 15 jours d'intervalle.

Les autres jours :

— *Ignatia* 30 }
— *Pulsatilla* 30 } alternés,

et — *Solidago* 6 à midi.



Depuis ce traitement, elle va très bien, s'est mise à engraisser régulièrement, a des selles absolument normales. Depuis bientôt deux ans, je la revois, non plus comme malade, mais en soignant d'autres membres de sa famille. Son état se maintient parfait, sans aucun traitement.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une femme de 60 ans, qui vient me voir le 11 mars 1937 pour des sensations bizarres qui lui rendent la vie insupportable : sensation qu'elle va mourir, que sa tête va tomber des épaules, que ses épaules quittent son corps, que son pied ne pourra pas faire le pas suivant.

Ces troubles ont commencé à 43 ans, cinq ans avant la ménopause, et n'ont pas cessé depuis. Il y a donc dix-sept ans de cela.

Il s'y ajoute un autre symptôme important et plus ancien encore : des crises de diarrhée *depuis trente-cinq ans*, survenant le matin, vers 2 ou 3 heures, ou un peu plus tard, au réveil. Il ne s'agit pas toujours de diarrhée liquide ; celle-ci se produit surtout quand le temps va changer, dans un sens ou dans l'autre. Mais, en dehors de ces moments, les selles sont toujours pâteuses, jamais moulées. Les urines sont toujours rares et foncées. La malade dort mal, a de fréquents rêves de mort et est en général fatiguée au réveil. Elle est d'une émotivité, mais aussi d'une irritabilité extrêmes, et d'une loquacité tout à fait insupportable.

A l'examen, on trouve un facies violacé et vultueux, un foie un peu gros, une tension artérielle de 20-10 au Vaquez, de nombreux naevi de toute espèce. Retenons, dans ses antécédents, des abcès du pharynx fréquents, trois enfants, trois fausses-couches spontanées, et de la métrite.

Il s'agit certainement là d'un mélange de troubles circulatoires et de troubles d'intoxication, surtout éthylique, chez une sycotique hydrogénoïde.

La fille de la malade, qui m'a écrit en cachette de sa mère, insiste sur son irritabilité vraiment maladive et me confirme qu'elle prend chaque jour des quantités notables de vin blanc, aux repas, et aussi, hélas ! entre les repas.

Je donne à la malade, de 8 en 8 jours :

— *Sulfur* 200,
— *Lycopodium* 30,
— *Thuya* 200,
— *Lycopodium* 30,
— *Lachesis* 200,

et tous les autres jours :

— *Nux vomica* 30 }
— *Berberis* 30 } alternés,

et *Spiritus quercus glandium* 3e à midi,
avec un régime sévère, surtout au point de vue des boissons.

Le 18 mai, la malade est beaucoup mieux. L'irritabilité est très diminuée ; ses sensations bizarres, pour lesquelles, soit dit en passant, je n'ai pas donné de médicament spécial, sont disparues. Elle est beaucoup moins « soufflée » et a perdu 6 kilos depuis le début du traitement. La tension est de 18-10.

A cette seconde consultation, je lui donne :

— *Sulfur* 200,
— *Thuya* 200,
— *Lachesis* 200,
— *Lycopodium* 200,

à prendre de 15 en 15 jours.

A midi : *Spiritus quercus glandium* et matin et soir, en alternant :

— *Nux vomica* 30,
et — *Ethylicum* 30,

appliquant, avec ce dernier médicament, la loi de similitude dans une certaine mesure, mais encore plus la loi d'identité chère à notre excellent ami Castueil.

Le 7 juillet, la malade ne présente plus aucun symptôme anormal, ni diarrhée, ni sensations étranges, ni cauchemars. Sa tension est tombée à 14 ½-9 au Vaquez. Enfin, son caractère a changé du tout au tout. C'est maintenant une femme *normale*, au lieu d'être le sujet insupportable que les siens pensaient, à certains moments,

à faire enfermer tellement elle était violente dans ses crises de colère.

Voilà donc une malade qui a vu disparaître en moins de quatre mois des troubles de deux espèces datant, les uns de dix-sept, les autres de trente-cinq ans. Je dois ajouter qu'elle a compris qu'elle était elle-même la cause de la plus grande partie de ses misères, et qu'avec un beau courage, elle a supprimé complètement son intoxication alcoolique.

OBSERVATION III

Ma troisième malade est la veuve d'un confrère, âgée de 71 ans quand elle vient me consulter le 26 juin 1936. Elle présente un eczéma qui a débuté à la mort de son mari, en 1918, et qui date par conséquent de dix-huit ans. Elle a vu, depuis ce moment, de nombreux médecins, la plupart des grands patrons dermatologues, et suivi tous les traitements allopathiques de l'eczéma qu'on a pu inventer. Le tout sans succès, ou plus exactement avec des succès momentanés, suivis de récidives presque immédiates.

Son état général est relativement bon. Elle dort bien, a bon appétit, mais présente de la constipation sans besoins, avec des selles contenant souvent des traînées de mucus. Elle est frileuse, tout en présentant quelquefois des bouffées de chaleur assez gênantes.

La tension est de 17-8 au Vaquez. Le cœur et les poumons sont normaux. L'iriscopie montre seulement des anneaux de crampe et un cercle noir périphérique merveilleux qui aurait pu prendre place dans la remarquable collection d'irigraphies que nous a montrée depuis deux jours le Dr Léon Vannier.

L'eczéma est localisé au cou, à la nuque, aux mains, aux plis des coudes et des genoux. Il est très suintant, très démangeant au moment où je vois la malade, avec des croûtes comme du miel séché. Il ne présente pas de modifications notables par les applications chaudes ou froides, mais il est, tous les ans, remarquablement aggravé en juin, juillet et août.

C'est donc un eczéma type de *Graphites*, sur une malade de *Graphites.*

Le cas ne laisse place à aucune hésitation et je donne seulement à la malade :

— *Graphites* 30, 2 granules matin et soir, 4 jours sur 5.
et — *Solidago* 6e à midi, afin d'aider l'élimination toxinique par les voies hépatique et rénale.

Je me réserve, pour plus tard, si la guérison est difficile, de faire un traitement en profondeur, en faisant intervenir *Sulfur* ou *Psorinum*, une *Tuberculine* et peut-être *Luesinum*, car la malade a fait

autrefois la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, une pleurésie ; elle a deux enfants, mais a fait trois fausses-couches spontanées.

Eh bien ! mon traitement en est resté à son premier stade, car voici ce que m'écrit la malade le 13 juillet, quinze jours après la première consultation :

« Je suis au terme du traitement que vous m'avez ordonné, et j'ai la satisfaction de vous dire qu'une grande amélioration s'est produite dans mon état de santé.

« Mon cou est presque guéri, la peau est redevenue lisse, sans rougeur. Seules quelques démangeaisons persistent à intervalles très espacés. Les bras et les mains ont des alternatives de poussées et d'amélioration, la durée de ces dernières dépassant de beaucoup celle des autres. Aujourd'hui, quinzième jour, jour sans médicaments, j'ai constaté un peu de suintement comme d'ailleurs le cinquième et le dixième jours. Comme état général, je ne sens rien d'anormal et j'attends avec toute confiance la suite de votre traitement. »

Devant ce résultat, mes bonnes intentions de traitement en profondeur se sont évanouies. J'ai eu peur, je vous l'avoue, en employant *Psorinum*, *Sulfur* ou une *Tuberculine*, de provoquer une aggravation et de remettre tout en question, et j'ai donné à ma malade :

— *Graphites* 200, une dose.
— *Graphites* 30, le matin seulement, 4 jours sur 5.
— *Solidago* 6e, à midi, 4 jours sur 5.

Après un mois de traitement au total, il n'y avait plus aucune trace d'eczéma. La guérison se maintient depuis juillet 1936, sans autre traitement. C'est donc pratiquement une guérison véritable, et non un simple blanchissement.

Il est certain que je suis tombé là sur le type du cas heureux, avec diagnostic médicamenteux évident et action profonde du remède, permettant la vérification du paragraphe 25 de l'*Organon :* « Mais le seul infaillible oracle de l'art de guérir, l'expérience pure, nous apprend dans tous essais faits avec soin, qu'en effet le médicament qui, en agissant sur des hommes bien portants, a pu produire le plus de symptômes semblables à ceux de la maladie dont on se propose le traitement, est celui qui convient pour la guérir, qu'il possède réellement aussi, lorsqu'on l'emploie à doses suffisamment puissantes et atténuées, la faculté de détruire d'une manière *prompte*, *radicale* et *durable* (voyez comme ces trois termes sont bien vérifiés ici), l'universalité des symptômes de ce cas morbide, c'est-à-dire la maladie présente toute entière... »

LES ANTI-INFECTIEUX COLLOIDAUX
(Electrargol, Lantol, etc...)
PEUVENT-ILS, DYNAMISÉS,
ÊTRE DES REMÈDES DE LA LEUCÉMIE ?

La seconde communication que je dois vous faire ne comporte pas, malheureusement, une guérison de leucémie. Je veux simplement vous indiquer en quelques mots, une thérapeutique que j'ai été amené à essayer dans un cas de cette maladie, à un moment où les autres médicaments employés habituellement ne m'ont plus donné aucun résultat.

Il s'agit d'une malade de 60 ans, que j'ai prise en mains le 22 mars 1937, alors qu'on venait de lui faire, à quelques jours d'intervalle, deux transfusions sanguines et qu'un pronostic fatal, dans les huit jours, avait été porté par les médecins qui la soignaient, dont un médecin des hôpitaux. Elle était atteinte de leucémie à forme lymphoïde, doublée d'une anémie énorme : 2.200.000 globules rouges.

Je ne vous donnerai pas les détails de mon traitement, qui s'échelonna sur près de deux ans, avec des médicaments très nombreux et très variés, dont les principaux furent : *Arsenicum*, *Arsenicum iodatum*, *Ferrum*, *China*, *Benzol*, *Kali bichromicum*, *Calcarea*, *Ceanothus*, *Helianthus*, *Natrum muriaticum*, *Sulfur iodatum*, des *tuberculines*, etc..., médicaments d'autant plus variés et plus nombreux que cette malade présentait, en plus de sa leucémie, un état pleuro-pulmonaire chronique qui ne simplifiait pas la question.

En octobre et novembre dernier, survint une réaction pleurale très violente et prolongée avec température élevée, aux environs de 39°. Est-ce cette réaction qui donna un coup de fouet formidable à la leucémie? Toujours est-il que le nombre des globules blancs, qui était descendu de 119.400 à 36.400 de mars 1937 à septembre 1938, se mit à monter avec une rapidité effrayante, passant, de semaine en semaine, à 79.200, 94.000, 192.000, 304.000, 369.000, 379.000, tandis que les globules rouges tombaient de 3.370.000 à 2.750.000.

Devant cette effroyable aggravation, j'eus beau torturer la matière médicale de toutes façons, je n'arrivai à aucun résultat.

C'est alors que je pensai : « Pourquoi ne pas essayer, en les diluant et les dynamisant, des produits qui, en allopathie,

sont faits pour augmenter le nombre des globules blancs, en particulier les grands anti-infectieux généraux, électrargol, lantol, etc... ? » Ces produits avaient déjà été employés allopathiquement dans les leucémies ; leur effet primaire donnait une diminution des globules blancs, mais il était suivi bientôt de l'effet secondaire et *durable* d'augmentation des mêmes globules. Leur emploi, en allopathie, était un échec. Je ne sais si l'emploi homœopathique de ces produits, dynamisés, a déjà été essayé, mais je n'en ai pas connaissance.

Je demandai donc à M[lle] WURMSER de me préparer une 30[e] dilution de *Lantol*, qui est du rhodium colloïdal électrique. Pourquoi le Lantol? Parce que je le connaissais bien et que je l'employais couramment dans ma vie médicale allopathique. Pourquoi une 30[e]? Parce que, faisant une tentative à l'aventure, il me fallait bien commencer par *une* dilution, et non par plusieurs. Je choisis donc une dilution moyenne, la 30[e].

Depuis que j'emploie *Lantol* 30, les numérations globulaires ont été les suivantes :

Globules blancs

15 décembre 1938	369.000
27 décembre 1938	329.000
5 janvier 1939	319.000
8 février 1939	329.000

(Les globules blancs ont, à cette numération, un peu remonté, mais à ce moment, la malade faisait une nouvelle poussée pulmonaire.)

8 mars 1939	296.000
21 avril 1939	252.000

(dernière numération).

Pendant la même période, les globules rouges augmentaient de 2.880.000 à 3.800.000.

Donc, décroissance progressive des globules blancs depuis l'emploi du Lantol.

Il est impossible, naturellement, de tirer une conclusion quelconque de cette expérience trop courte. Peut-être y a-t-il là une simple coïncidence, et il faut toujours se méfier des coïncidences en thérapeutique. Aussi je ne vous présente pas ce résultat comme un succès thérapeutique, mais comme une *suggestion*, un *point de départ de recherches*, en vous disant : PEUT-ÊTRE les anti-infectieux, dynamisés, peuvent-ils améliorer la leucémie. PEUT-ÊTRE pourront-ils, un jour, la guérir.

Mon essai est trop récent, et aussi trop incomplet. Je n'ai employé que la 30e et, naturellement je m'y tiendrai, dans l'intérêt de ma malade, tant que j'aurai avec cette 30e un semblant de résultat. Mais que donneraient une 6e, une 200e, une M^{e}? Je n'ai essayé que le Lantol, mais que donneraient l'Electrargol, l'Electraurol, les Granions d'or, le simple Collargol, les albumoses, les extraits de thymus, etc...? et peut-être le fer colloïdal? En un mot tous les agents leucocytogènes? Et même le simple sérum artificiel qui, vous le savez, est aussi un leucocytogène.

Il est certain que *Natrum muriaticum* 200 fait beaucoup de bien à ma malade. Est-ce seulement par son action habituelle? N'agit-il pas un peu, dans le cas particulier, à titre de leucocytogène dilué?

D'autres questions peuvent encore se greffer sur ce sujet : Certains corps agiraient-ils plus sur les formes myéloïdes, certains autres sur les formes lymphoïdes? Les *métaux colloïdaux* dynamisés ont-ils exactement les mêmes propriétés que les *métaux ordinaires* dynamisés? Ce n'est pas absolument sûr. Voilà une question qui est peut-être susceptible d'intéresser notre dévoué chef de laboratoire, Mlle WURMSER, et notre sympathique physicien M. LOCH.

Vous le voyez, Messieurs, je vous apporte non des résultats, mais des points d'interrogation. Mais pour répondre à tous ces points d'interrogation, il faut être nombreux, car les cas de leucémie ne sont pas très fréquents. On pourra donc essayer les anti-infectieux colloïdaux dynamisés au moment où les leucémies ne réagissent plus aux traitements habituels. On pourra aussi les essayer peut-être avant ce moment. Au fond, il n'y a pas de raison pour qu'un résultat obtenu dans un cas si mauvais ne se reproduise pas, probablement plus marqué, dans un cas moins défavorable.

Je vous invite donc à tenter des essais analogues si l'occasion s'en présente pour vous. Quant à moi, je me propose de vous redonner des nouvelles de cette malade, l'an prochain à pareille époque, si les bons résultats continuent, ce que je n'ose encore pas trop espérer.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Les observations du Dr JOUSSE sont très intéressantes. Les *Trois guérisons rapides de malades chroniques* nous prou-

vent que, malgré l'ancienneté et la chronicité de certaines lésions, nous arrivons tout de même à améliorer rapidement et d'une façon durable, souvent définitive, le malade.

Quant à la question de l'emploi des anti-infectieux colloïdaux dynamisés, le point d'interrogation se pose à nous tous. Je crois que nous pourrons, dans l'avenir, étudier avec fruit les différentes dilutions, dynamisations, pour voir quel bénéfice nous pourrions en tirer. Cette idée mérite en tout cas d'être retenue et cultivée.

Quelqu'un veut-il reprendre la question ?

Dr C. Dubost :

A l'indication de M. Jousse, j'ai essayé *Lantol* 30 chez une petite fille qui avait une grosse adénopathie du cou avec cuti négative et qui avait une leucocytose prononcée ; or, après cette absorption de *Lantol*, elle a fait une crise de diarrhée sanglante violente, ressemblant à une crise d'élimination, puis, à partir de ce moment, elle a commencé à avoir une numération globulaire normale.

Dr Jousse :

Je répète ce que je disais pour mon propre cas : en thérapeutique, méfions-nous toujours des coïncidences.

Dr Dubost :

Ce résultat corrobore tout à fait ce que vous avez dit pour votre malade.

Dr Jousse :

Pour conclure, il faudrait faire de nombreuses expériences.

Le Président :

La parole est au Dr Mauvoisin.

*D*r *Mauvoisin :*

DEUX OBSERVATIONS

Les deux observations que je rapporte figurent, Messieurs, parmi mes premiers essais thérapeutiques en homœopathie.

Un cas de thrombopénie avec syndrôme hémorragique grave à la suite d'aurothérapie intraveineuse

11 transfusions sanguines représentant un total de 6 litres de sang suivies de « Phosphorus »

Guérison

Mme H..., actuellement âgée de 36 ans, fait en *mars 1932* une bacillose aiguë du poumon droit, type pneumonie caséeuse qui m'oblige à faire installer d'urgence un pneumothorax artificiel. Suites opératoires normales. Longue cure climatique à Cambo.

Le pneumothorax est interrompu en *octobre 1936* et, à ce moment-là, la malade paraît cliniquement guérie.

En *mars 1938*, il apparaît une atteinte discrète du côté opposé et un traitement par sels d'or est institué par mes soins. La malade, pour son malheur, reçoit une série de 12 injections intra-veineuses de thiosulfate d'or et de soude ; elles sont supportées sans incidents et sous contrôle fréquent de la formule blanche sanguine : au total, 5 grammes de chrysalbine.

En *juillet 1938*, apparition brusque d'une érythrodermie généralisée très sévère et qui dure un mois. Aménorrhée persistant depuis le début du traitement aurique.

En août, l'érythrodermie cède. Mais brusquement, le 20 août, apparition de métrorragies extrêmement abondantes et prenant, de par cette abondance, un caractère immédiatement inquiétant.

Le *21 août*, le syndrome d'anémie est très grave. La malade est saignée à blanc et une transfusion sanguine d'urgence, *in extremis*, de 500 grammes est pratiquée, ainsi qu'un tamponnement très serré de la cavité vaginale. Pas d'éléments de *purpura* et pas de signes hémorragiques au niveau des autres muqueuses.

Le *22 août*, nouvelle transfusion du sang de 500 grammes. L'état est toujours aussi grave et aussi alarmant.

En plus de la transfusion, injections sous-cutanées toutes les deux heures d'hemocoagulène et arhémapectine *per os.*

Apparition de gingivorragies que rien n'arrête et de *purpura* très discret. Le pouls est petit, rapide, filant, avec refroidissement des extrémités.

Devant la gravité exceptionnelle de la situation, j'appelle en consultation un des maîtres les plus éminents de l'hématologie qui porte d'emblée un pronostic très réservé et qui a l'obligeance de prendre la malade dans son service où elle restera pendant quatre mois ; pendant ces quatre mois, du 25 août 1938 au 12 janvier 1939, la malade reçoit par intervalles neuf nouvelles transfusions sanguines pratiquées goutte à goutte, soit au total 5.130 grammes de sang. Mais cependant, en dépit des soins particulièrement compétents dont elle est entourée, ma cliente reste dans un état très précaire. Peu d'amélioration. Pendant ces quatre mois, il n'y a jamais eu arrêt complet des hémorragies : quand les métrorragies cèdent, les gingivorragies apparaissent plus fréquentes et le *purpura* fait de petits éléments, s'installe très largement et par poussées successives. On ne note pas d'augmentation de volume de la rate.

Les examens de sang, pratiqués presque chaque jour, sont intéressants à étudier rapidement dans leur ensemble, et ils montrent :

— Que le temps de coagulation est toujours à peu près d'une durée normale de 4 à 5 minutes ;

— Que la formule blanche ne présente pas d'éléments anormaux appréciables ;

— Que la formule rouge, grâce aux transfusions très fréquemment répétées, passe de

920.000 globules rouges (25 août)

à 4.500.000 environ et se maintient à ce taux ou y remonte facilement. Il n'y a donc pas d'anémie.

Mais, ce qui frappe, c'est la diminution des plaquettes sanguines qui est considérable ; leur nombre ne bouge guère en dépit de tous les traitements les plus modernes. Le nombre des hématoblastes va de 24.000 à 60.000 et surtout ce nombre varie d'une façon très appréciable d'un examen à l'autre ; il est très instable et on a l'impression d'assister à une véritable sidération du système réticulo-endothélial de la malade.

Le *11 janvier 1939*, nouvelle métrorragie extrêmement

abondante avec syncope prolongée. Une perfusion de 800 grammes est pratiquée sur l'heure.

Le chef de service m'autorise à essayer un traitement homœopathique.

Mais devant cet état si grave, je suis désarmé. Nous sommes en janvier 1939 ; je viens de m'inscrire au Centre et j'ignore tout de la matière médicale homœopathique. Je prends conseil auprès de mon maître, le Dr Jean Poirier qui, avec son affabilité coutumière, veut bien me documenter et guider mes premiers pas. J'étudie rapidement les gros signes des médicaments qui saignent et je vais tous les jours observer ma malade à l'hôpital.

Je constate que les « gingivorragies se répètent très fréquemment, ainsi que le *purpura* » ; la malade, dont les signes pulmonaires se sont en même temps aggravés, présente « de l'enrouement plus marqué le soir ». Un beau matin, j'assiste à une quinte de toux « qui secoue tout le corps, irritante, douloureuse », avec « sensation de brûlure entre les deux épaules » ; il y a « des sueurs épuisantes et froides » et, devant ces signes, je prescris *Phosphorus* 30, une dose, que je ne répète pas.

Quarante-huit heures après la prise de cette dose, arrêt complet des hémorragies et disparition du *purpura.*

Dans les quinze jours qui suivent, amélioration rapide de l'état général ; la malade reprend du poids ; une radiographie pulmonaire montrera un nettoyage très net. Au bout de dix semaines, le poids a augmenté de 8 kilos. En même temps, nous avons la grande satisfaction de constater que le nombre des hématoblastes augmente et monte jusqu'à 140.000, ce qui est un progrès important.

En *février 1939*, les règles sont à peu près normales comme durée, il apparaît un peu de *purpura.*

Je donne à nouveau, et dès l'apparition des signes, une dose de *Phosphorus* 30. Rien d'anormal.

En mars et avril, les règles ont duré trois jours et tout est rentré dans l'ordre.

En résumé, syndrome hémorragique grave avec thrombopénie irréductible.

A quoi est due la guérison?

Il est incontestable, et le nier serait nier l'évidence, que les 6 litres de sang intraveineux que la malade a reçus du mois d'août 1938 à janvier 1939, ont eu une action indiscutable,

importante, sur le pronostic immédiat, sur le pronostic vital et aussi sur l'évolution et les résultats plus lointains.

Mais il ne paraît pas présomptueux de supposer, et je livre cette hypothèse à votre appréciation, que la dose de *Phosphorus* 30, répétée deux fois à quarante jours d'intervalle, a pu avoir une action profonde, décisive, sur le système réticulo-endothélial de ma malade et l'évolution générale de sa bacillose pulmonaire.

En tous cas, la malade va bien ; elle ne saigne plus ; elle ne tousse plus ; le résultat positif est atteint. C'est l'essentiel.

Un cas de névralgie faciale

Sulfur iodatum 200, Bryonia 6, T. R. 200

Guérison

Mon ami, le Dr B..., chirurgien, 63 ans, présentait depuis le mois d'*août 1934* une névralgie violente de l'hémiface gauche, apparue brusquement à la suite d'une promenade en auto découverte et sans pare-brise. Malgré tous les cachets calmants, la douleur dure, intolérable, pendant une quinzaine de jours ; puis les douleurs de névrite du trijumeau s'installent et se fixent au niveau des branches ophtalmique et maxillaire supérieure. On essaie d'abord les R. X., puis de l'ionisation salicylée et belladonnée ; on fait de la diathermie ; on extrait deux molaires ; rien ne calme. La douleur est là, persistant chaque jour.

En *1935*, les douleurs deviennent terribles, allant jusqu'à l'état syncopal. M. le professeur Guillain, consulté, ordonne : le repos au lit avec salicylate de soude et injection d'huile soufrée. Toute mastication est impossible et l'amaigrissement est marqué. Les douleurs continuent et apparaissent quotidiennement.

En *1936*, l'alcoolisation sus-orbitaire du nerf amène un soulagement et une sédation transitoire, puis les douleurs reprennent avec crises paroxystiques durant plus ou moins longtemps.

En *1938*, essai de staprolysat ; sans amélioration sensible.

En *janvier 1939*, injection de novocaïne à l'émergence du nerf palatin ; reprise immédiate des douleurs atroces au niveau des paupières et du cuir chevelu.

Cette névralgie dure depuis cinq ans et mon ami envisage

l'éventualité d'une résection du ganglion de Gasser. A cette époque, le Dr B... me permet de lui donner un traitement homœopathique avant de subir l'intervention chirurgicale qu'il est décidé à accepter.

J'ai devant moi un homme fatigué par la douleur et légèrement déprimé par les 5 grammes de bromure de potassium qu'il est obligé d'absorber tous les jours « pour tenir » et faire son métier, et au prix de quelle énergie !

L'examen somatique général ne révèle rien de particulier ; tension artérielle, glycémie normales ; rien dans les urines ; sinus de la face et oreilles normaux ; Wassermann négatif.

Dans les antécédents, on note à 18 ans, l'apparition d'adénites cervicales ayant suppuré par la suite et qui ont guéri à Salies-de-Béarn où le patient a fait plusieurs cures.

Par ailleurs, hygiène de vie absolument exemplaire.

Et mon ami me décrit sa douleur :

Il ne souffre pas la nuit, quand il est au repos et qu'il a soin d'appuyer fortement sa joue et sa tempe gauches sur un oreiller assez dur. Mais, par contre, dès qu'il se lève et se mobilise, les douleurs font brutalement leur apparition et durent toute la journée et par accès. Il est impossible à mon confrère de se laver convenablement, car le simple frôlement de la serviette sur la joue exaspère les douleurs qui deviennent atroces ; ces douleurs sont « aiguës, piquantes », « exacerbées par le moindre mouvement », mouvement des paupières, mouvement des muscles superficiels de la face. Depuis cinq ans, le Dr B... ne peut pas rire ou sourire sans souffrir, il ne peut bailler sans souffrir et chacun de ces mouvements réveille aussitôt la douleur qui irradie dans la région pariétale gauche.

Parfois, les douleurs sont si vives qu'elles obligent le malade a interrompre son repas.

Il s'agit bien d'une « douleur calmée par le repos et aggravée par le mouvement ». Je retrouve là des signes bien simples de *Bryonia*, mais les signes sont à gauche et je me souviens que la latéralité prédominante du remède est droite. Cela m'ennuie! Néanmoins, je prescris :

1o *Sulfur iodatum* 200 une dose, pour antidoter les grosses quantités de bromure ingérées et drainer le terrain bacillaire ancien et fixé ;

2o *Bryonia* 6, 6 granules par jour, 6 jours sur 7 ;

3° *Solidago* 3e Cent. pour assurer un bon fonctionnement hépatique, X gouttes à midi.

Quarante-huit heures après le début du traitement, la lèvre supérieure et l'aile du nez ne sont plus douloureuses et le rasoir est promené sur la joue sans provoquer de réaction de larmoiement avec œdème des bords palpébraux, ce qui était la règle de tous les matins.

Cinq jours plus tard, tout disparaît et rien n'est revenu.

Mon ami a retrouvé un sourire qu'il peut esquisser sans souffrir.

Il y a de cela deux mois.

J'ai pensé qu'il serait utile de consolider cette guérison par *T. R.* 200, répétée tous les vingt jours, car j'ai constaté que la lèvre inférieure était fendillée et semblait appeler le remède qui paraît indiqué d'autre part, puisqu'il s'agit bien d'un bacillaire fixé.

En résumé, nous pensons qu'il s'agit d'une manifestation d'élimination toxinique chez un tuberculinique dont *Bryonia* était le remède symptomatique et *T. R.* et *Sulfur iodatum* les remèdes de fond.

Je m'excuse, Messieurs, d'avoir retenu trop longtemps votre attention.

Ces observations sont pour vous très banales, car les résultats homœopathiques ne vous étonnent plus.

Mais à nous, nouveaux venus à l'homœopathie après une pratique déjà longue et, oh ! combien décevante, de la thérapeutique officielle, ces résultats nous apportent chaque jour des satisfactions et des joies jusque-là inconnues, « celles de guérir ». Elles constituent pour nous le plus précieux des encouragements et sont la récompense immédiate de notre effort quotidien.

Qu'il me soit permis, avant de quitter cette tribune, que j'ai l'honneur d'occuper pour la première fois, de remercier ici, au nom de mes camarades débutants et en mon nom personnel, tous nos maîtres éminents du CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE.

Nous les confondons tous dans un même sentiment de reconnaissance puisqu'ils ont l'extrême bienveillance de nous entourer chaque jour de leurs précieux conseils et de nous éclairer dans la voie nouvelle que nous sommes si heureux d'avoir choisie. (*Applaudissements.*)

Le Président :

Je félicite particulièrement le Dr MAUVOISIN, nouveau venu à l'homœopathie, qui nous a présenté des observations très intéressantes, bien étudiées, et des succès. J'espère que ceux-ci vont l'encourager à poursuivre ses efforts et que nous le verrons souvent à cette tribune nous apporter des communications.

(*Suspension de séance.*)

Le Président :

Je vais vous lire la communication du Dr MALLETERRE, de Toulouse : *Amélioration et survie très prolongée d'un cas très grave d'angine de poitrine.*

Dr F. Malleterre (de Toulouse) :

AMÉLIORATION ET SURVIE TRÈS PROLONGÉE D'UN CAS TRÈS GRAVE D'ANGINE DE POITRINE PAR LA MÉDICATION HOMŒOPATHIQUE

M. A..., de Toulouse :

Je suis appelé, en 1930, auprès de lui, en désespoir de cause, les consultants les plus qualifiés l'ayant condamné à très brève échéance, avec le diagnostic d'« angor pectoris ».

Je suis en présence d'un homme de 68 ans, fort, coloré, autoritaire. Comme antécédents, un viveur ayant abusé de tout. Il fait à ce moment des crises répétées d'angine de poitrine typiques et classiques excessivement douloureuses. Il ne peut s'allonger un seul instant et passe ses nuits dans un fauteuil. Hypertension, clangor aortique, un peu d'albumine, etc. Il se contente comme traitement d'aspirer des quantités invraisemblables d'ampoules de nitrite d'amyle.

Après une purge à l'eau-de-vie allemande et l'installation d'un régime de restriction sévère, j'ordonne tout d'abord :

Sulfur 6
et *Nux vomica* 6,

deux prises de chaque au cours de la journée.

Dès le troisième jour, l'amélioration est très sensible, les crises moins fréquentes et moins violentes, le sommeil devient possible.

J'ordonne alors :

Spigelia 6,
Tabacum 6,
Baryta muriatica 6,

alternés un jour entre autre avec la médication précédente.

L'amélioration continue à se confirmer progressivement et rapidement, avec diminution des œdèmes, etc., à tel point qu'au bout de deux mois le malade reprend, malgré mes conseils, ses mauvaises habitudes de café, etc.

Il les conservera et aura une existence en somme supportable pendant six années, avec des crises très espacées et modérées, toujours jugulées par la médication avec quelques variantes et l'adjonction, de temps à autre, de remèdes de fond tels que *Aurum*, *Sulfur*, etc.

Cette longévité, malgré la gravité du cas, impressionna très favorablement l'entourage en faveur de la médication homœopathique, car on n'ignorait pas que le malade menait une vie qui n'aidait pas son médecin, bien au contraire.

M. A... ne fut d'ailleurs pas enlevé par sa coronarite. Au cours de la septième année apparurent des signes d'insuffisance rénale et il succomba en état de mal urémique, à 76 ans.

Cette observation, d'ailleurs très succincte en ce qui concerne le traitement suivi, n'a pas la prétention d'établir ou de codifier la médication de l'« angor pectoris ». Mais, à l'occasion d'un congrès consacré aux maladies du cœur en face de l'homœopathie, elle peut, de par la gravité du cas et de la longue période d'amélioration et de survie accordée au malade tout à l'encontre du pronostic porté par des allopathes éminents et devant la carence avouée par eux de leurs moyens thérapeutiques, elle peut, dis-je, avoir le mérite d'ajouter une preuve à tant d'autres déjà démontrées, de l'efficacité de notre méthode et de l'action active et puissante du semblable sur les lésions organiques et sur les troubles qu'elles engendrent.

(*Applaudissements.*)

La parole est maintenant à M[lle] WURMSER qui va nous parler de *La prescription homœopathique dans ses rapports avec la pharmacie.*

M[lle] L. Wurmser, pharmacien des Laboratoires Homœopathiques de France :

LA PRESCRIPTION HOMŒOPATHIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHARMACIE

La prescription homœopathique comporte deux parties très nettement définies qui doivent concourir au traitement du malade :

D'une part, le choix du remède et de sa dilution, suivant les principes de la pratique de l'homœopathie et de la matière médicale ; d'autre part, la rédaction de l'ordonnance.

La première partie est strictement d'ordre médical, la seconde est d'ordre médico-pharmaceutique. C'est cette dernière que j'aborderai ici. Elle offre déjà à elle seule un champ suffisamment grand à explorer et je vais m'efforcer de faire ressortir les détails essentiels qui doivent rendre plus facile au médecin la tâche de rédiger l'ordonnance et au pharmacien celle de l'exécuter.

L'ordonnance homœopathique hermétique

Cette tâche est bien simplifiée actuellement grâce à la suppression de conventions particulières qui existaient autrefois entre médecins et pharmaciens homœopathes.

GARNIER, dans son *Homœolexique* de 1874 (article : Formule), donne les conseils suivants :

« ...Une autre chose que nous devrions observer, c'est de formuler en latin et de ne pas soumettre nos ordonnances au nouveau système des poids et mesures. Les signes anciens qui servent à désigner l'once, la demi-once, etc..., sont connus partout et de tous les médecins. La langue latine est également connue partout et de tous les médecins. Ecrites avec ces signes, et dans cette langue, ces ordonnances seraient

d'une compréhension universelle et se couvriraient, pour le public, d'un voile mystérieux... »

Pour augmenter ce mystère, les dilutions seront représentées par un chiffre conventionnel : chiffre romain à multiplier par 3.

Par exemple : X = 30^{e},
IV = 12^{e}, etc...

D'autre part, « le nombre de gouttes ou de globules est complètement indifférent... les formules sont d'une simplicité remarquable. Voulez-vous prescrire *Belladona* 30e dynamisation dans 4 onces d'eau distillée, écrivez simplement :

« Bell X.

« Aq. still ℥ IV.

« Vous êtes sûr que le pharmacien mettra dans un flacon 4 onces d'eau distillée (120 gr.) et qu'il ajoutera de *Belladona* 30e dyn. 3 ou 4 globules, ou 3 ou 4 gouttes, n'importe les uns ou les autres et n'importe leur nombre. »

Pour indiquer le nombre de gouttes ou de globules, lorsque le médecin y tient, on écrit autant de petits ^{o} ou de points que l'on veut représenter d'unités.

Par exemple : 30^{oooo} = 4 globules de 30e.

Fort heureusement, les homœopathes modernes ont renoncé à ce langage sybillin. Il suffit d'indiquer maintenant sur l'ordonnance le nom du remède, sa dynamisation, sa forme... et l'on supprime ainsi toute ambiguïté à la prescription.

Nous allons maintenant passer successivement en revue les différents points sur lesquels nous sommes continuellement interrogés.

Définitions des dilutions décimales et centésimales

DÉCIMALES. — Une dilution est dite *décimale* lorsque les dilutions successives ont pour raison géométrique $1/10^{e}$.

La première opération de dilution au $1/10^{e}$ à partir de la souche est la première opération de dilution décimale ou, par abréviation, la 1re décimale.

La seconde opération de dilution au $1/10^{e}$ (dilution au $1/10^{e}$ de la 1re décimale) est appelée à son tour la 2e dilution décimale, soit la 2e décimale, et ainsi de suite.

Elles représentent respectivement les concentrations suivantes :

1re décimale $= \frac{TM}{10} = \frac{1}{10} = 10^{-1}$.

2e décimale $= \frac{1^{re} \text{ déc.}}{10} = \frac{1}{10} \times \frac{1}{10} = \frac{1}{100} = 10^{-2}$.

3e décimale $= \frac{2^{e} \text{ déc.}}{10} = \frac{1}{10} \times \frac{1}{10} \times \frac{1}{10} = \frac{1}{1000} = 10^{-3}$.

n^{e} décimale $= \frac{(n\text{-}1)^{e} \text{ déc.}}{10} = \frac{1}{10^{n}} = 10^{-n}$.

Les abréviations employées en France pour les désigner sont : Déc., D. ou X, placées après le chiffre de la dilution.

Exemple : *Solidago* 3e D.

Dans quelques pays étrangers, dans les pays de langue allemande en particulier, la lettre est mise en avant du chiffre.

Exemple : *Solidago* D. 3.

Centésimales. — Une dilution est dite *centésimale* lorsque les dilutions successives ont pour raison géométrique 1/100e.

La première opération de dilution au 1/100e est dite 1re centésimale, la 2e opération de dilution au 1/100e (dilution au 1/100e de la 1re centésimale) est dite la 2e centésimale, et ainsi de suite.

Elles représentent respectivement les concentrations suivantes :

1re C. $= \frac{TM}{100} = \frac{1}{100} = 100^{-1} = 10^{-2}$.

2e C. $= \frac{1^{re} \text{ cent.}}{100} = \frac{1}{100} \times \frac{1}{100} = \frac{1}{10.000} = 100^{-2} = 10^{-4}$.

n^{e} C. $= \frac{(n\text{-}1) \text{ cent.}}{100} = \frac{1}{100^{n}} = 100^{-n} = 10^{-2n}$.

Les abréviations utilisées pour les désigner sont : Cent., C. ou rien du tout, le chiffre seul suffit à indiquer qu'il s'agit de dilution centésimale.

Exemple : *Belladona* 6e cent.
Belladona 6e C.
Belladona 6.

Correspondances entre décimales et centésimales. — Les correspondances pondérales s'établissent facilement en

se reportant aux taux de concentration donnés plus haut. Nous les résumons dans le tableau ci-dessous.

Dilutions décimales	*Dilutions centésimales*
1re Déc.	...
2e Déc.	1re Cent.
3e Déc.	...
4e Déc.	2e Cent.
5e Déc.	...
6e Déc.	3e Cent.
7e Déc.	...
8e Déc.	4e Cent.
etc...	

Nous voyons :

1° Qu'il faut opérer deux dilutions décimales pour obtenir une dilution centésimale ;

2° A une dilution centésimale quelconque correspond toujours une dilution décimale ; mais la réciproque n'est pas vraie ; les décimales impaires ne peuvent avoir de correspondance dans l'échelle centésimale.

Si ces dilutions peuvent se correspondre *pondéralement*, il n'est pas certain qu'elles se valent au point de vue de leurs actions thérapeutiques. Les dilutions successives étant un facteur de dynamisation, certains prétendent obtenir avec la 6e X. des effets supérieurs à ceux que l'on obtient avec la 3e C. ; ceci laisse sous-entendre que la dénomination « décimale » implique que toute la série des dilutions la précédant a été faite suivant le mode décimal.

Par exemple, une 6e déc. sera obtenue après six dilutions successives au 1/10e, alors qu'une 3e C. sera obtenue après trois dilutions au 1/100e.

Il serait évidemment intéressant de vérifier ces assertions par une expérimentation clinique. Il faudrait préciser la technique et bien poser les définitions avant de travailler. Ceci devra être spécifié dans notre nouveau *Codex*.

La préparation des dilutions (1)

Le mode de préparation varie suivant la dilution à obtenir. La méthode hahnemannienne est utilisée pour la prépara-

(1) Nous ne voulons pas faire un exposé complet de *toutes* les méthodes de préparation (Fincke, Jenichen, Skinner, etc.) pour la bonne

tion des très basses dilutions, jusqu'à la 3e C. et pour les triturations.

La méthode Korsakow est la plus courante pour les dilutions moyennes et hautes.

Enfin, la méthode de fluxion continue sert uniquement à la préparation des très hautes dilutions (1).

Les principes de préparation étant très différents, selon que l'on utilise l'un ou l'autre de ces procédés, les dilutions ne se correspondent pas numéro à numéro : une 30e Korsakow est très différente d'une 30e hahnemannienne ; on ne préparera jamais une Me par la méthode hahnemannienne, comme d'ailleurs on ne peut pas préparer une CM. par la méthode Korsakow.

Bien que toutes ces méthodes soient connues de tout le monde (2), nous allons tout de même les résumer brièvement ici.

Méthode de Hahnemann. — Pour les dilutions, cette méthode consiste :

a) A prendre un flacon et à verser une goutte de teinture dans 99 gouttes d'alcool pour obtenir, après agitation, la première dilution dite centésimale ;

b) A prendre un deuxième flacon analogue au premier et à verser une goutte de la première dilution centésimale dans 99 gouttes d'alcool pour obtenir après agitation la deuxième dilution dite centésimale et ainsi de suite.

Méthode de Korsakow. — La méthode de Korsakow est basée sur l'emploi d'un flacon unique :

Après avoir imprégné les parois du ballon avec la teinture-mère, on le vide.

Il reste par adhérence sur les parois une certaine quantité

raison que beaucoup d'entre elles n'ont jamais été décrites. Peut-être un jour, lorsque nous aurons rassemblé suffisamment de documents, pourrons-nous écrire une « histoire » de la préparation des dilutions !

(1) Cependant, pour répondre au désir de quelques médecins, nous préparons des séries de dilutions, depuis la 6e jusqu'à la CM, par la seule méthode de fluxion continue, à l'aide du turbodynamiseur. Ces dilutions sont dénommées T. D.

(2) Elles ont été décrites à différentes reprises dans les brochures que nous avons publiées : *Recherches expérimentales sur les dilutions homœopathiques ; — Quelques notions indispensables de pharmacopée ; — Le réactif biologique dans l'étude des doses infinitésimales.*

de teinture-mère que l'on évalue à une goutte, à laquelle on ajoute une quantité déterminée de véhicule (5 cc. ou 100 gouttes) ; on agite vigoureusement et l'on obtient ainsi la première dilution.

On vide le flacon, on ajoute à nouveau la même quantité de diluant, on agite et l'on obtient la deuxième dilution.

On poursuit de la même façon jusqu'à la préparation de la n^e dilution.

Ces opérations sont réalisées mécaniquement dans nos laboratoires, à l'aide du dynamiseur L. H. F., type S. A. 35 simple, qui permet de faire toutes ces dilutions jusqu'à XM.

Méthode de fluxion continue. — Comme son nom l'indique, elle consiste à faire traverser la substance à diluer par un courant continu de véhicule liquide en ayant soin de réaliser un mélange parfaitement homogène. Cette méthode est exacte quand elle est pratiquée dans des conditions strictement déterminées. Elle permet d'obtenir rapidement de très hautes dilutions.

Le *turbodynamiseur L. H. F.* (1), construit sur des données précises, ne sert qu'à préparer les plus hautes dynamisations : 50 M. et CM.

On pourrait croire, au premier abord, que ces méthodes donnent des résultats identiques. Il n'en est rien. Si la différence de concentration entre deux dilutions de même numéro, obtenues par l'un et l'autre de ces procédés, est faible pour les premières opérations, elle devient rapidement considérable.

L'obtention des dilutions est une opération assez longue, qu'elle soit réalisée à la main ou à la machine. Le dynamiseur L. H. F., qui est un dynamiseur rapide, prend 45" pour faire une dilution. Pour préparer une 200e, il faudra donc 2 heures trente, pour faire une M 2 jours et pour une XM il faudra 15 jours, à raison de 8 heures de travail par jour. Il est donc matériellement impossible de faire une CM par ce procédé.

(1) Quel rapport y a-t-il entre ces appareils et ceux employés par nos précurseurs? Il n'est que de se reporter aux descriptions du dynamisateur de Mure pour les liquides, rappelant les catapultes romaines (!!) (doctrine de l'Ecole de Rio).

Il y a là, d'ailleurs, un gros écueil lorsqu'il s'agit de remèdes isothérapiques. Le temps exigé est trop considérable pour rendre la préparation des très hautes dilutions pratique, alors que la réalisation des 200e et des M reste très faisable dans un temps normal.

Le turbodynamiseur permet d'aller beaucoup plus rapidement et diminue la durée des opérations. Grâce à lui, l'obtention des très hautes dilutions devient une possibilité.

Puisque nous parlons de procédés de fabrication, je vous citerai celui que je viens de trouver dans le *Bulletin de la Société médicale homœopathique* de 1873 (p. 284). Le Dr OZANAM y expose la technique d'obtention des atténuations « par contact » : un ou plusieurs globules de la 30e dilution (imprégnés à raison de une goutte par 10 granules) sont mis dans un flacon avec environ 2.000 globules inertes, puis on les agite modérément, dans toutes les directions, assez longtemps pour que chaque globule inerte ait pu se mettre en contact avec les globules actifs.

Correspondances entre dilutions hahnemanniennes et Korsakow

Il est très difficile d'établir une relation expérimentale entre ces différentes méthodes de dilution car, quel que soit le procédé utilisé, nous atteignons très rapidement les limites de sensibilité.

Nous avons exposé nos différentes recherches en ce sens jusqu'à présent dans deux brochures : *Recherches expérimentales sur les dilutions homœopathiques* et *Le réactif biologique dans l'étude des doses infinitésimales.*

La méthode optique que nous avons utilisée permet de percevoir la présence de matière, dans certaines conditions, jusqu'à la concentration de 10^{-15} ; le réactif biologique peut lui-même être sensible pour certaines substances, jusqu'à 10^{-9} ou 10^{-10}. Nous ne connaissons pas encore de procédé nous permettant de détecter la matière à une dilution supérieure.

Les correspondances n'ont donc pu être établies que par des calculs mathématiques basés sur des données théoriques et par conséquent sans valeur réelle.

Le premier tableau publié par M. Berné est le suivant :

Dilutions hahnemanniennes	*Dilutions Korsakow*
T. M.	T. M.
1re C.	1
2e C.	3
3e C.	7
4e C.	20
5e C.	55
6e C.	150
7e C.	400
8e C.	1.100
9e C.	3.000
10e C.	8.000
11e C.	22.000
12e C.	60.000

Ultérieurement, les correspondances ont été exprimées par la formule $n = \log e\ (1 + x)$.

La présentation des remèdes homœopathiques

On n'utilise généralement pas *toutes* les dilutions. Seules, certaines d'entre elles sont d'un usage courant ; ce sont : 1re C. – 3e X. – 3e C. – 6 – 12 – 30 – 100 – 200 – 500 – M – XM–CM. Elles représentent des stades différents de la dynamisation ; ce sont, si j'ose dire, des chiffres symboliques.

Jusqu'à la 6e C., les dilutions sont dites « basses ». Jusqu'à la 30e comprise, ce sont les « moyennes ». Puis viennent les « hautes dilutions » jusqu'à XM et enfin les « très hautes dilutions » pour CM et au-delà.

Les remèdes homœopathiques se présentent sous forme de solutions alcooliques, de granules ou de globules imprégnés, ou de triturations à base de lactose (triturations proprement dites, cachets, paquets). Toutes les atténuations peuvent généralement être délivrées sous l'une quelconque de ces formes (sauf quelques exceptions). *Il est donc nécessaire d'indiquer la forme sous laquelle ces produits devront être délivrés.* Généralement, les très basses dilutions sont données sous forme de liquides : solutions alcooliques. Les substances chimiques insolubles ne pourront être préparées que sous forme de triturations, pour les atténuations inférieures à la 3e C.

Nous avons indiqué dans notre catalogue (1) la plus basse dilution liquide qui peut être délivrée pour chaque substance, compte tenu de sa rareté, de sa toxicité, de sa solubilité ou de son altérabilité dans le solvant. Les basses et les moyennes dilutions sont généralement ordonnées sous forme de granules, ceci n'empêchant pas de temps en temps de préparer la forme liquide ou parfois la forme dose de globules pour les remèdes comme *Lycopodium*, *Sulfur*, *Marmorek*, etc...

Certains remèdes ne peuvent être délivrés que sous forme liquide, tel *Ethylicum*, par exemple, dont les dilutions à l'eau ne peuvent servir à imprégner des granules.

Les hautes dilutions sont généralement délivrées sous forme de « doses », c'est-à-dire de petits globules imprégnés, présentés dans un petit tube de verre, dont le contenu doit être absorbé en une seule fois.

Les doses liquides sont présentées sous forme d'ampoules buvables, de 1 ou 2 centimètres cubes. Il arrive également, mais rarement, que les hautes dilutions soient prescrites sous forme de tubes de granules, la « dose » étant alors représentée par 5 ou 10 granules, suivant les cas.

Vous voyez donc souvent dans quel embarras nous sommes pour délivrer telle forme plutôt que telle autre, lorsqu'elle n'est pas spécifiée, et vous nous excuserez lorsque... nos pensées ne se seront pas rencontrées ! !

Nomenclature

Il y a, en homœopathie, un certain nombre de termes consacrés qu'il est bon de définir, bien qu'ils soient continuellement utilisés (et peut-être même à cause de cela !).

Souche. — La souche est le produit de base, le point de départ des dilutions. Son choix est délicat et demande beaucoup de soins. A partir de la souche, on prépare soit directement les dilutions (venins, produits chimiques, etc.), soit une teinture (teinture-mère) qui servira ensuite de point de départ pour la série des dilutions (plantes, substances animales).

Teinture-mère. — Le nom de teinture-mère est donné à la macération alcoolique de la plante ou de la substance

(1) *Les Laboratoires homœopathiques de France. Homœopathie unitaire.*

animale. Elle est obtenue par macération de la plante fraîche et sauvage dans l'alcool. On utilise quelquefois des plantes sèches (ipéca, quinquina), mais seulement dans des cas bien définis.

La teinture-mère sert de base à la série des dilutions.

Les abréviations utilisées pour désigner la teinture-mère sont T. M. ou θ.

Pour les substances chimiques, il n'existe pas de T. M., les dilutions sont faites directement à partir *de la substance*, *même les dilutions de toxiques* et ceci afin d'éviter des confusions dangereuses.

Par exemple :

Digitalinum 3e *déc.* = Sol. officinale au 1/1000e de digitaline.

Glonoïne 1re *C.* = Sol. officinale à 1/100e de trinitrine.

C'est pourquoi vous nous verrez toujours refuser d'exécuter des ordonnances prescrivant *Digitalinum* 1re C. ou *Glonoïne* 1re X.

Nous sommes également limités dans la délivrance des toxiques par le fait qu'étant donné la réputation de l'homœopathie en ce qui concerne la non toxicité de ses remèdes, nous ne pouvons mettre en circulation que des quantités de médicaments telles qu'elles ne puissent, en aucun cas, provoquer des accidents (1).

Désignation des produits chimiques. — Nous avons adopté quelques règles simples qui nous permettent de différencier les produits auxquels nous avons à faire.

Pour les *acides*, la question est vite réglée :

Sulfuricum *acidum :* Acide sulfurique.

Muriaticum *acidum :* Acide chlorhydrique, etc...

Pour les *bases*, la question l'est presque aussi vite. Qu'est-ce qu'une base? La combinaison d'un métal avec l'eau (ou avec l'oxygène). Donc :

Calcarea oxydata : Chaux.

Baryta oxydata : Baryte, etc...

Pour les *sels*, c'est également simple, à condition de se rappeler que certains acides peuvent donner plusieurs sels et que certains métalloïdes peuvent donner naissance à plusieurs acides.

(1) Cette question a fait l'objet d'un article paru dans la revue *L'Homœopathie française* d'avril 1939 ; nous l'avons reproduit à la fin de cette communication.

Par exemple, le *soufre* donne :

Des sulfures, hyposulfites, sulfites, sulfates, persulfates.

Il faut donc que nous puissions, nous, pharmaciens, sur simple lecture de l'ordonnance, reconnaître quel est de tous ces sels celui qui est demandé par le médecin.

Méfions-nous des abréviations.

Amyl. nitr. voudra-t-il dire nitrate ou nitrite d'amyle?

Natrum sulf. voudra-t-il signifier sulfite ou sulfate?

Natrum ars. correspond-il à arsénite ou arséniate?

Ne croyez pas que j'exagère. Evidemment, si la question ne se pose pas pratiquement pour les deux premiers exemples que j'ai choisis, elle est plus embarrassante pour le dernier.

Pour éviter les hésitations et les erreurs, mes confrères et moi-même avons convenu ce qui suit (1) :

Sulf*ure* donnera Sulfur*atum*.
Sulf*ite* — Sulfur*osum*.
Sulf*ate* — Sulfur*icum*.

En appliquant cette règle simple :

Chlor*ure* donnera Chlor*atum*.
Chlor*ate* — Chlor*icum*.
Arsén*iate* donnera Arsenic*icum*.
Arsén*ite* — Arsenic*osum*.
Nitr*ate* donnera Nitr*icum*.
Nitr*ite* — Nitr*osum*.
Etc...

Tous les corps simples se trouveront donc désignés et définis ainsi automatiquement.

Lorsque nous nous trouverons devant de nouveaux produits de la chimie organique, nous nous en tirerons généralement par la désinence *um...* ou en utilisant des abréviations.

Un certain nombre de substances sont insolubles aux basses dilutions : par exemple, les métaux. D'autres sont modifiées par le solvant, sont détruites. On ne pourra donc les préparer que sous forme de triturations (2). Par contre, certaines substances hygroscopiques ne pourront être délivrées que sous forme liquide et jamais en triturations.

(1) Cf. *Quelques notions indispensables de pharmacopée*, Congrès de Médecine homœopathique, Paris, 1937.

(2) La nomenclature des substances utilisées en homœopathie est donnée dans le catalogue d'homœopathie unitaire des L. H. F. avec l'indication de la plus basse dilution liquide qu'il est possible de délivrer.

A partir de la 3e C., toutes les substances peuvent être solubilisées, soit directement par photolyse, soit en passant par l'intermédiaire de triturations successives (1).

Nosodes. — Le terme de nosode désigne en homœopathie toutes les substances d'origine pathologique, toxinique ou microbienne, diluées et dynamisées par les méthodes habituelles. Elles sont prélevées, soit sur l'homme, soit sur l'animal.

On peut les classer suivant les grandes catégories morbides auxquelles ils s'adressent, en :

Tuberculines,

Cancerines,

Luesines,

Nosodes intestinaux de Bach et Wheeler.

Calculs,

Nosodes divers.

Dans cette dernière catégorie figurent un nombre considérable de produits plus ou moins connus, plus ou moins étudiés. Je citerai parmi les plus importants :

Psorinum – Medorrhinum – Influenzinum – Diphterinum – Pyrogenium, etc.

La préparation de ces substances est très voisine de celle des isothérapiques (voir p. 54) et demande les mêmes soins et les mêmes précautions.

En règle générale, un nosode ne peut être délivré à une dilution inférieure à la 6e C., sauf pour certains d'entre eux qui sont obtenus à partir de sérums ou de vaccins du commerce, qui sont donc uniquement des préparations magistrales et pour lesquels notre rôle se borne à diluer par les méthodes homœopathiques, un produit tout préparé.

Isothérapiques. — Les auto-isothérapiques, ou isothérapiques, sont obtenus à partir du sang, du pus, de sécrétions ou d'excrétions diverses des malades et leur sont destinés personnellement.

Ils diffèrent essentiellement des auto-vaccins desquels on les rapproche à tort, de par leur origine et leur mode de préparation. En effet, la préparation des auto-vaccins se fait par isolement des germes microbiens sur des milieux de cultures appropriés, puis mise en suspension des germes en

(1) Tout ceci a été exposé en détails dans *Solutions et corps insolubles* (*Homœopathie française*, mai 1935).

quantité déterminée (numériquement ou pondéralement) dans du sérum physiologique et atténuation de la virulence par des agents physiques ou chimiques.

Le principe de l'isothérapie est, au contraire, très différent. Selon la théorie homœopathique, le microbe est le résultat, l'expression d'un état, d'un terrain, d'un tempérament ; il ne peut vivre et se développer qu'à cause des conditions favorables qu'il rencontre. C'est donc le milieu qu'il faut modifier. La préparation isothérapique se fera par conséquent avec le prélèvement total (pus, urines, crachats, etc...), sans isolement microbien. L'atténuation de la virulence est toujours obtenue par la dilution en milieu aqueux d'abord, puis alcoolique.

La « souche isothérapique » est un mélange complexe qui comprend, outre le microbe, les toxines, les antitoxines, les globules blancs, agents de phagocytose, etc... ; le sang lui-même, bien que ne renfermant pas toujours d'éléments microbiens, est modifié par les toxines microbiennes; il contient par conséquent les éléments nécessaires au traitement isothérapique.

Préparation des isothérapiques. — Les prélèvements doivent toujours être faits aseptiquement.

Le sang sera recueilli dans un liquide stérile composé de deux parties de glycérine et d'une partie d'eau dont la fluidité est suffisante pour obtenir un mélange rapide et un laquage parfait du sang, ce qui a pour résultat l'utilisation du sang total.

Généralement, on recueille 1 centimètre cube de sang pour 9 grammes du mélange glycériné (1). Le pus est également recueilli dans un milieu liquide ; en général, ce mélange est utilisé pour toutes les substances qui craignent la dessiccation.

Les croûtes, squames, etc..., toutes les substances qui ne craignent pas la dessiccation sont recueillies simplement dans des flacons ou des tubes stériles.

Suivant la matière utilisée, les premières atténuations seront faites, soit dans l'eau bi-distillée, soit par triturations lactosées. Dans tous les cas, à partir de la 4e C., toutes les

(1) Les L. H. F. tiennent à la disposition de MM. les Médecins et MM. les Pharmaciens des flacons stériles tout préparés, avec ou sans liquide.

atténuations se font par dilutions successives dans l'alcool à 60°.

Les préparations doivent être faites de telle sorte que les isothérapiques délivrés soient atoxiques et avirulents, ce qui est toujours le cas lorsque l'on ne délivre ces remèdes qu'à partir de la 6e C. (1).

Synonymes. — L'emploi des synonymes est quelquefois une nécessité. Qui de vous n'a été obligé d'interrompre un traitement avec *Lycopodium*, pour le remplacer par *Clavatum*, au grand soulagement du malade. Il ne faut pas oublier que si le traitement homœopathique n'est pas affaire de suggestion — et je crois que tout le monde le reconnaît maintenant — il faut tout de même tenir compte du psychisme du malade. D'ailleurs, ceci a lieu tout aussi bien en allopathie, où on remplacera une spécialité par une autre équivalente, ou l'aspirine par l'acide acétylsalicylique.

Un certain nombre de ces synonymes sont maintenant entrés dans la pratique courante, ils ont droit de cité. Tous les jours on cherche à en créer d'autres. Je crois cependant que cela n'est pas très souhaitable ; il ne faut pas multiplier les noms à l'infini, car n'oublions pas que les remèdes secrets sont interdits... même en homœopathie.

Les plus couramment utilisés sont les suivants (2) :

LISTE DES SYNONYMES

Acanthus mollis	Branca ursina
Achillea millefolium	Millefolium
Aconitum Napellus	Napellus
Actæa racemosa	Cimicifuga
Agraphis nutans	Endymion nutans
Agropyrum repens	Triticum repens
Alfalfa	Medicago sativa
Alkekengi	Physalis alkekengi
Ammonium	Ammonium causticum
Ampelopsis quinquefolia	Vitis quinquefolia – Vitis rubra

(1) Pour la prescription des isothérapiques, voir page 71.

(2) Cette liste paraît plus longue qu'elle n'est en réalité, car pour faciliter les recherches, nous avons mis dans la première colonne, par ordre alphabétique, les noms réels, et les synonymes, en indiquant en face le produit correspondant.

Anacardium orientale	Semecarpus anacardium
Anantherum muricatum	Vetiver
Anethum fœniculum	Fœniculum vulgare
Anhalonium	Peyotl
Antimonium tart.	Tartarus emeticus – Emeticus
Apium virus	Apisinum
Aralia quinquefolia	Ginseng
Arctium lappa	Lappa major
Arnica montana	Montana
Arsenicum album	Metallum album
Arsenicum citrinum	Arsenicum flavum – Auripigmentum
Arsenicum flavum	Arsenicum citrinum – Auripigmentum
Arsenicum iodatum	Metallum iodatum
Asclepias syriaca	Asclepias cornuti
Aspidium filix mas	Filix mas
Atropa	Atropa belladona – Belladona
Auripigmentum	Arsenicum flavum – Ars. citrinum
Basilicum	Ocimum basilicum
Belladona	Atropa belladona
Berberis aquifolium	Mahonia
Biiodatus	Mercurius biiodatus
Bothrops lanceolatus	Lachesis lanceolatus
Bovista	Lycoperdon bovista
Branca ursina	Acanthus mollis
Bryonia alba	Vitis alba
Bryonia dioïca	Vitis diabolica
Bufo	Rana bufo
Bursa pastoris	Capsella bursa pastoris
Cactus	Cereus
Calcarea caustica	Calcarea oxydata
Calcarea oxydata	Calcarea caustica
Calomelas	Mercurius dulcis
Camessine	Santoninum
Cancerinum	Carcinominum
Cantharis	Meloe
Capsella bursa pastoris	Bursa pastoris
Carbolicum acidum	Phenolum
Carcinominum	Cancerinum
Cardine	Myocarde
Carduus benedictus	Cnicus benedictus

Carduus marianus	Silybum marianum
Cascara sagrada	Rhamnus purshiana
Cassia senna	Senna
Cedron	Simaba cedron
Cereale	Blé-orge-avoine germés
Cereus	Cactus
Chamœlirium carolinianum	Helonias dioïca
Chamomilla vulg.	Matricaria chamomilla
Chasmantera palm.	Columbo – Jateorrhiza palmata
China regia	Cinchona
Chondodendron tomentosum	Pareira brava
Cimicifuga	Actæa racemosa
Cina	Semencine
Cinchona	China regia
Cinnabaris	Mercurius sulf. ruber
Citrullus colocynthis	Colocynthis
Clavatum	Lycopodium
Claviceps purpurea	Secale cornutum
Cnicus benedictus	Carduus benedictus.
Cobra	Naja
Colocynthis	Citrullus colocynthis
Colubrina	Nux vomica
Columbo	Chasmantera palm. Jateorrhiza palmata
Condurango	Marsdenia condurango
Corrosivus	Mercurius corrosivus
Cotyledon umbilicus	Umbilicus pendulinus
Curcuma xanthorrhiza	Curcuma longa
Cyanatus	Mercurius cyanatus
Daphne mezereum	Mezereum
Datura stramonium	Stramonium
Diabolus metallorum	Stannum metallicum
Di-chlorure de carbone	Perchlor-éthylène
Digitalis purpurea	Purpurea
Dinitrophenol	Nitrophenine
Dracontium fœtidum	Pothos fœtidus – Symplocarpus fœtidus
Dulcamara	Solanum dulcamara
Eberthinum	Typhoïdinum
Ecballium elaterium	Momordica elaterium
Echinacea angustifolia	Rudbeckia angustifolia

Endymion nutans	Agraphis nutans
Epiphegus am.	Orobanche am.
Ethylsulf. dichlor.	Yperite
Euphorbia resinifera	Euphorbium
Euphorbium	Euphorbia resinifera
Fabiana imbricata	Pichi
Fagopyrum	Polygonum fagopyrum
Filix mas	Aspidium filix mas
Flavum	Sulfur
Flavum iod.	Sulfur iod.
Flos solis	Helianthemum vulg.
Fœniculum vulg.	Anethum fœniculum
Gelsemium	Sempervirens
Ginseng	Aralia quinquefolia – Panax quinquefolium
Glonoïnum	Trinitrine
Gonococcinum	Medorrhinum
Graphites	Plumbago
Guarana	Paullinia sorbilis
Helianthemum vulg.	Flos solis
Helonias dioïca	Veratrum lut.–Chamœlirium carolinianum
Helonias viride	Veratrum viride
Hieracium pilosella	Pilosella
Hippomane mancinella	Mancinella
Hippozaeninum	Malleinum
Humulus lupulus	Lupulus
Hydrargyre	Mercurius
Hydrophobinum	Lyssin
Hyoscinum	Scopolaminum
Iamara	Ignatia
Iberis amara	Lepidium iberis
Ictodes fœtidus	Dracontium fœtidum – Pothos fœtidus
Ignatia	Iamara
Ipeca	Radix
Jaborandi	Pilocarpus
Jamboul	Syzygium
Jateorrhiza palmata	Chasmantera palmata – Columbo
Juglans regia	Nux juglans
Juniperus sabina	Sabina
Krameria triandra	Ratanhia

Lachesis	Mutus
Lachesis lanc.	Bothrops lanc.
Lappa major	Arctium lappa
Laurus sassafras	Sassafras
Lepidium iberis	Iberis amara
Liatris spic.	Serratula tinct.
Lithospermum virg.	Onosmodium
Luesinum	Syphilinum
Lupulus	Humulus lupulus
Lycoperdon bovista	Bovista
Lycopodium	Clavatum
Lycosa hispana	Tarentula hispana
Lyssin	Hydrophobinum
Mahonia	Berberis aquifolium
Malleinum	Hippozaeninum
Mancinella	Hippomane mancinella
Marmorek	Xylin
Marsdenia condurango	Condurango
Matricaria cham.	Chamomilla vulg.
Medicago sativa	Alfalfa
Medorrhinum	Gonococcinum
Melitensis	Melitococcinum
Melitococcinum	Melitensis
Meloe	Cantharis
Mephitis putorius	Putorius
Mercurius	Hydrargyre – Vivus
Mercurius biiodatus	Biiodatus – Iodatus ruber
Mercurius corrosivus	Corrosivus
Mercurius cyanatus	Cyanatus
Mercurius dulcis	Calomelas
Mercurius præcipitatus	Præcipitatus
Mercurius solubilis	Solubilis
Mercurius sulf. ruber	Cinnabaris
Metallum album	Arsenicum album
Metallum iodatum	Arsenicum iodatum
Mezereum	Daphne Mezereum
Millefolium	Achillea millefolium
Millepedes	Oniscus Asellus
Momordica elaterium	Ecballium elaterium
Montana	Arnica montana
Mutus	Lachesis
Myocarde	Cardine

Naja	Cobra
Napellus	Aconitum Napellus
Nerium oleander	Oleander
Nicotiana tabacum	Tabacum
Nitrophenine	Dinitrophenol
Nuphar lutea	Nymphœa lutea
Nux juglans	Juglans regia
Nux vomica	Colubrina
Nymphœa lutea	Nuphar lutea
Ocimum basilicum	Basilicum
Oleander	Nerium oleander
Oleum petrœ	Petroleum
Oniscus Asellus	Millepedes
Onosmodium	Lithospermum virg.
Oophorinum	Ovarinum
Opium	Thebaïcum
Orchitinum	Sperminum
Oreoselinum	Peucedanum oreoselinum
Orobanche am.	Epiphegus am.
Ovarinum	Oophorinum
Panax quinquefolium	Ginseng
Paullinia sorbilis	Guarana
Petroleum	Oleum petrœ
Peucedanum oreoselinum	Oreoselinum
Perchlor-éthylène	Dichlorure de carbone
Peyotl	Anhalonium
Phenolum	Carbolicum acidum
Phenol K	T. K.
Phenol R	T. R.
Physalis alkekengi	Alkekengi
Pichi	Fabiana imbricata
Pilocarpus	Jaborandi
Pilosella	Hieracium pilosella
Plumbago	Graphites
Polygala senega	Senega
Polygonatum vulgare	Sigillum Salomonis
Polygonum fag.	Fagopyrum
Pothos fœtidus	Dracontium fœt. – Symplocarpus fœtidus
Præcipitatus	Mercurius præcipitatus
Pulsatilla	Stilla
Purpurea	Digitalis purpurea

Putorius	Mephitis putorius
Radix	Ipeca
Rana bufo	Bufo
Ratanhia	Krameria triandra
Rhamnus purshiana	Cascara sagrada
Rudbeckia	Echinacea
Sabina	Juniperus sabina
Sassafras	Laurus sassafras
Scilla maritima	Squilla
Scopolaminum	Hyoscinum
Secale cornutum	Claviceps purpurea
Semecarpus anacardium	Anacardium orientale
Semencine	Cina
Sempervirens	Gelsemium
Senega	Polygala senega
Senna	Cassia senna
Serratula tinct.	Liatris spicata
Sigillum Salomonis	Polygonatum vulgare
Silybum mar.	Carduus marianus
Simaba cedron	Cedron
Solanum dulcamara	Dulcamara
Solidago	Virga aurea
Solubilis	Mercurius solubilis
Sperminum	Orchitinum
Squilla	Scilla maritima
Stannum metallicum	Diabolus metallorum
Stramonium	Datura stram.
Sulfur	Flavum
Sulfur iod.	Flavum iod.
Symplocarpus fœtidus	Pothos fœtidus – Dracontium f.
Syphilinum	Luesinum
Syzygium	Jamboul
Tabacum	Nicotiana tabacum
Tarentula hispana	Lycosa hispana
Tartarus emeticus	Antimonium tart.
Thaspium aureum	Zizia aurea
Thebaïcum	Opium
T. K.	Phenol K.
T. R.	Phenol R.
Trinitrine	Glonoïnum
Triticum repens	Agropyrum repens
Typhoïdinum	Eberthinum

Umbilicus pendul.	Cotyledon umbilicus
Veratrum lut.	Helonias dioïca – Chamœlirium carol.
Veratrum viride	Helonias viride
Vetiver	Anantherum muricatum
Virga aurea	Solidago
Vitis alba	Bryonia alba
Vitis diabolica	Bryonia dioïca
Vitis quinquefolia Vitis rubra	Ampelopsis quinquefolia
Vivus	Mercurius vivus
Xylin	Marmorek
Yperite	Ethylsulf. dichlor.
Zizia aurea	Thaspium aureum

Vous voyez que, en réalité, nous ne faisons pas abus de « noms doubles ». Quelques-uns sont réellement nécessaires, comme ceux qui servent à remplacer *Syphilinum*, *Gonococcinum*, *T. K.*, etc..., termes qui désignent par trop ouvertement des affections redoutées et réputées infâmantes, même s'il s'agit uniquement d'imprégnations morbides héréditaires.

Aussi, me permettrai-je d'attirer tout spécialement l'attention de MM. les Pharmaciens sur les dangers qu'il y a à divulguer une synonymie. Si le médecin a jugé utile de changer un nom, c'est qu'il a sûrement des raisons pour cela. Ne délivrez jamais *Ipeca* pour *Radix*, *Ignatia* pour *Iamara*. Vous risqueriez de brouiller à jamais le médecin avec son malade... et avec vous-même, ce que vous regretteriez très sincèrement.

Les médicaments toxiques en homœopathie (1)

Je n'ai pas l'intention de reprendre ici la conférence si documentée que M. le docteur Jousse a faite en janvier au Centre Homœopathique de France sur *Les remèdes dangereux en homœopathie* (2).

En effet, s'il existe des remèdes homœopathiques qu'il

(1) Cet article a paru dans *L'Homœopathie française*, avril 1939, p. 273. Je crois nécessaire de le reproduire ici, cette communication constituant un tout dans lequel j'ai rassemblé des renseignements que je crois utiles.

(2) *Les remèdes dangereux en homœopathie* (Dr Jousse, *Bulletin du Centre Homœopathique de France*, janvier 1939).

faut savoir manier avec précaution, il en existe d'autres qui n'ont d'homœopathique que l'étiquette et qui nous obligent, par cela même, à la plus grande prudence. N'est-on pas tenté de dénier toute toxicité à des produits délivrés par un laboratoire homœopathique?

Et pourtant, qui osera nier que la *digitaline*, la *teinture de strophanthus*, la *teinture de noix vomique*, etc..., soient des produits toxiques? Et ce n'est pas une raison parce que la *Trinitrine* s'appelle *Glonoïne* pour qu'elle soit devenue inoffensive.

Voici d'ailleurs une liste des substances toxiques avec l'indication des dilutions qui sont elles-mêmes toxiques.

Nous avons généralement renforcé les précautions en étendant la notion de toxique à des produits qui ne le sont peut-être pas, mais dont le maniement cependant délicat risquerait de provoquer des accidents chez des personnes non averties.

Nous avons également dressé une liste des substances dites dangereuses, établie dans le même esprit.

C'est d'après ces listes que nous conformons l'étiquetage des remèdes que nous préparons. Il existe pour ces produits des doses maxima qu'il est bon de ne pas dépasser ; nous croyons inutile de les rappeler ici, les règles appliquées dans la pharmacopée officielle retrouvent dans ces cas toute leur valeur.

SUBSTANCES « TOXIQUE » (usage interne) ou « POISON » (usage externe)

Substance	Dilution	Substance	Dilution
Abrus precatorius	T. M.	Aurum cyanatum	1° C
Aconitum (toutes espèces)	T. M.	Bromoformium	1° C
Aconitinum (et ses sels)	2° C	Brucinum (et ses sels)	3° X
Adonidinum	3° X	Arecolinum brom.	3° X
Amanita (toutes espèces)	T. M.	Calcarea arsenicica	1° C
Angusturia spuria	T. M.	Cannabinum	3° X
Antimonium arsenicicum	3° X	*Cannabis indica*	T. M.
Antimonium tartaricum	1° C	*Cantharis*	T. M.
Apomorphia (et ses sels)	1° C	*Chininum arsenicicum*	1° C
Argentum cyanatum	1° C	Chloroformium	1° X
Argentum arsenicicum	1° C	*Cicuta virosa*	T. M.
Arsenicum album	3° X	Cicutinum (Coninum)	1° X
Arsenicum bromatum	1° C	*Coca*	T. M.
Arsenicum iodatum	1° C	*Cocaïnum* (et sels)	1° C
Arsenicum metallicum	1° C	*Cocculus indicus*	T. M.
Arsenicum sulfuratum	1° C	Codeinum (et sels)	1° X
Atropinum sulfuricum	1° C	Colchicinum	3° X

Coninum (Cicutinum)	1° X
Conium maculatum	T. M.
Croton tiglium	T. M.
Cuprum arsenicicum	1° C
Cuprum cyanatum	1° C
Curare	1° C
Cyanhydric. acid.	1° C
Digitalinum	3° X
Dioninum	1° C
Duboisinum	1° C
Emeticus (Tart. em.)	1° X
Ergotininum	3° X
Ergotinum	Subst.
Ferrum arsenicicum	1° C
Cadmium arsenicicum	1° C
Ferrum cyanicum	1° C
Fluoricum acidum	1° C
Heroïnum	1° C
Hydrastininum	1° X
Hydrastinum	1° X
Hyoscyamin. bromhyd.	1° C
Ignatia	T. M.
Jequirity (Abrus pr.)	T. M.
Kalium arsenicicum	1° C
Kalium cyanatum	1° C
Laudanum	Subst.
Mercurius arsenicic.	1° C
Mercurius biiodat.	1° C
Mercurius corrosivus	1° C
Mercurius cyanatus	1° C
Mercurius solubilis	1° C
Morphinum (et sels)	1° C
Narcotinum	1° C
Natrum arsenic.	1° C
Nicotinum	1° C
Nux vomica	T. M.
Opium	T. M.
Ouabaïnum	3° X
Peyotl	T. M.
Phosphorus	5° X
Picrotoxinum	1° C
Pilocarpinum (et sels)	1° C
Plumbum arsenicicum	1° C
Ruta	T. M.
Sabina	T. M.
Scopolaminum (et sels)	1° C
Stramonium	T. M.
Strophanthinum	3° X
Strophanthus	T. M.
Stovaïnum	1° C
Strychninum (et sels)	1° C
Uranium nitricum	1° X
Veratrinum	1° C
Yage	2° C
Yohimbinum muriatic.	1° C
Zincum arsenicicum	1° C
Zincum cyanatum	1° C
Zincum phosphoratum	1° C

SUBSTANCES « DANGEREUX »

Acetanilidum	1° X
Actæa racemosa	T. M.
Adonis æstivalis	T. M.
Adonis vernalis	T. M.
Adrenalinum	3° X
Æthiops antimonialis	1° C
Æthiops mineralis	1° C
Æthusa cynapium	T. M.
Agrostemma githago	T. M.
Amygdalus amara	T. M.
Amylium nitrosum	1° C
Anacardium occidentalis	T. M.
Anacardium orientalis	T. M.
Anemone nemorosa	T. M.
Anilinum	1° C
Asclepias tuberosa	T. M.
Aurum muriaticum	1° C
Aurum mur. natr.	1° C
Antipyrinum	1° X
Apiolum	1° C
Apocynum andros.	T. M.
Apocynum cannabinum	T. M.
Apis mellifica	T. M.
Apium virus	1° C
Aranea diadema	T. M.
Argentum nitricum	1° C
Arum dracunculus	T. M.
Arum italicum	T. M.
Arum maculatum	T. M.
Arum triphyllum	T. M.
Asclepias currassavica	T. M.
Asclepias incarnata	T. M.
Asclepias syriaca	T. M.
Duboisia	T. M.
Dulcamara	T. M.
Ecballium elaterium	T. M.

Baptisia	T. M.
Baryta acetica (et sels)	1° X
Belladona	T. M.
Belladona radix	T. M.
Boletus laricis	T. M.
Boletus satanas	T. M.
Bromum	1° C
Bryonia	T. M.
Bufo	T. M.
Buxus sempervirens	T. M.
Calcarea hypophos.	1° X
Caladium	T. M.
Carboneum sulfuratum	1° C
Carboneum tetra-mur.	1° C
Causticum	T. M.
Cedron	T. M.
Cerium oxalatum	1° C
Chærophyllum	T. M.
Chelidonium	T. M.
Chloralum	1° X
Chromicum acidum	1° C
Cimicifuga	T. M.
Clematis virginiana	T. M.
Clematis vit.	T. M.
Clematis erecta	T. M.
Codeinum	1° X
Coffeinum	1° X
Colchicum	T. M.
Colocynthis	T. M.
Convallaria	T. M.
Coriaria	T. M.
Cratægus	T. M.
Cuprum aceticum	1° C
Cuprum sulfuricum	1° C
Cyanamidum	1° C
Cyclamen europ.	T. M.
Cyclamen Neapol.	T. M.
Cytisus laburnum	T. M.
Daphne indica	T. M.
Daphne laureola	T. M.
Daphne Mezereum	T. M.
Digitalis	T. M.
Dinitrophenol	1° C
Dioscorea villosa	T. M.
Dolichos pr.	T. M.
Manihot	T. M.
Mercurius chloro-iod.	1° C
Mercurius dulcis	1° X
Mercurius præcipitatus	1° X
Mercurius protoiodatus	1° X
Emetinum muriaticum	1° C
Ephedrinum (et ses sels)	1° C
Euphorbia (ttes espèces)	T. M.
Evonyminum	1° X
Euphorbium	1° X
Ferrum iodatum	1° X
Ferrum picricum	1° X
Ficus religiosa	T. M.
Filix mas	T. M.
Formicum acidum	1° C
Franciscea uniflora	T. M.
Gaïacolum	1° C
Gardenal	1° X
Gelsemium	T. M.
Glonoïne	1° C
Gratiola	T. M.
Gummi-guttæ	1° X
Helleborus (ttes espèces)	T. M.
Helonias dioïca	T. M.
Hoang-nan	T. M.
Hura braziliensis	T. M.
Hydrastis	T. M.
Hydrocotyle	T. M.
Hydroquinone	1° X
Hyoscyamus	T. M.
Iodum	1° C
Ipeca	T. M.
Jaborandi	T. M.
Jalapa	T. M.
Jatropha	T. M.
Juniperus virg.	T. M.
Kali. bichromicum	1° X
Kali. ferro-cyanatum	1° C
Kali. oxalatum	1° C
Kinkeliba	T. M.
Kreosotum	1° X
Lactucarium	T. M.
Lactuca virosa	T. M.
Laurocerasus	T. M.
Linum catharticum	T. M.
Lobelia (toutes espèces)	T. M.
Lolium temulentum	T. M.
Lycium barbarum	T. M.
Mancinella	T. M.
Mandragora	T. M.
Rhus tox.	T. M.
Ricinus communis	T. M
Sabadilla	T. M.
Sanguinaria nitrica	1° C
Santoninum	1° C

Mercurius sulfuratus	1° C
Mercurius sulfuricus	1° X
Muriatic. acid.	1° C
Naphtolum	1° X
Natrum chloricum	1° C
Nitri. acid.	1° C
Oleander	T. M.
Oxalicum acidum	1° C
Oxalis acetosella	T. M.
Paris quadrifolia	T. M.
Pelletierinum	1° C
Phaseolus lunatus	T. M.
Phosphoric. acid.	Subst.
Physostigma	T. M.
Pichi	T. M.
Picricum acidum	1° C
Plumeria	T. M.
Podophyllinum	1° C
Podophyllum	T. M.
Pulsatilla	T. M.
Ranunculus (ttes espèces)	T. M.
Resorcinum	1° C
Sapota achras	T. M.
Scilla maritima	T. M.
Secale cornutum	T. M.
Sinapis nigra	T. M.
Solanum (ttes espèces, sauf lycopersicum)	T. M.
Sparteinum sulf.	1° C
Spigelia	T. M.
Staphysagria	T. M.
Sulfuricum acidum	1° C
Sulfur iod.	1° X
Tabacum	T. M.
Tamus communis	T. M.
Taxus baccata	T. M.
Thiosinamin.	1° C
Veratrum (ttes espèces)	T. M.
Veronal	1° X
Vespa (ttes espèces)	T. M
Vincetoxicum	T. M.
Viscum album	T. M.
Zincum muriaticum	1° C
Zincum phosphoricum	1° X

Ces listes comportent un grand nombre de médicaments. Nous avons indiqué en italique les plus importants parce que les plus fréquemment prescrits.

Je rappellerai entre autres (et je m'en excuse), pour établir les relations avec les remèdes allopathiques, que :

Antimonium tartaricum est l'émétique ;

Arsenicum album, l'acide arsénieux (granules de Dioscoride, liqueur de Boudin) ;

Cannabis indica, le chanvre indien ;

Cocculus indicus, la coque du Levant ;

Ignatia, la fève de Saint-Ignace ;

Mercurius corrosivus, le sublimé ;

Amylium nitrosum, le nitrite d'amyle ;

Glonoïne, la trinitrine, etc...

Sous leur nom courant allopathique, vous reconnaissez leur toxicité ; sous leur nom homœopathique, vous finissez par l'oublier !

Oserai-je terminer par une banalité : si l'habit ne fait pas le moine... l'étiquette homœopathique ne rend pas le remède inoffensif (1).

(1) C'est à la demande du Dr Duhamel que j'ai rassemblé ici ces quelques renseignements et je le remercie de m'avoir suggéré que ces notes pouvaient être utiles.

Du choix des doses. — Les règles qui président au choix de la dose, ont varié dans le temps. L'unité de la prescription homœopathique qui se réalise sur le remède ne s'est pas encore réalisée sur la hauteur de la dilution à ordonner.

A titre de curiosité, je vous citerai l'opinion de Garnier (*loc. cit.*) (art. Dynamolexie) :

« Le degré de dynamisation est en raison directe de la réceptivité vitale, c'est-à-dire que lorsque la réceptivité est développée, l'organisme se laisse impressionner par les *quantités supprimées* ou hautes dynamisations ; lorsque la réceptivité est moindre, plus basse aussi doit être la dynamisation, et lorsque la réceptivité est nulle, il faut des quantités massives pour triompher de la résistance vitale. Ce qui est traduit par la formule suivante : Plus l'organisme est sain et plus bas doit être le degré de dynamisation pour le désaccorder ; mais lorsque l'organisme est déjà désaccordé, plus il est désaccordé et plus haut doit être le degré de dynamisation pour l'impressionner.

« ...*Plus l'individu est malade*, *et plus haute doit être la dynamisation*, et réciproquement.

« ...Dans les maladies aiguës, les hautes. Dans les maladies chroniques, les basses. Voilà la règle générale. »

Et enfin, plus loin :

« ...Les maladies purement vitales demandent les hautes et les maladies que l'on a appelées organiques demandent les basses.

« ...Chez les enfants, les vieillards, les hautes ; au milieu de la vie, à l'époque où le dynamisme vital est dans toute sa splendeur, les basses. Aux femmes les hautes, aux hommes les basses. Cette règle présente de nombreuses nuances, car il est des viragos qui sont presque des hommes et il est des hommes qui sont presque des femmes. » (!!)

Enfin, dernier conseil : « Un remède ayant été choisi, sa dynamisation ayant été déterminée, et ce remède ayant été administré, que doit faire le médecin? *Il doit attendre et voir le remède accomplir son action...* Il n'y a de raison pour changer de remède que lorsque les symptômes changent, c'est-à-dire lorsque les indications changent. »

Voici maintenant les conseils très logiques que donne le

Dr Léon VANNIER dans *La pratique de l'homœopathie* et qui sont très généralement reconnus et appliqués.

Le Dr Léon VANNIER a exposé dans ce livre les règles qui doivent présider au choix de l'une ou de l'autre des dilutions, suivant le caractère aigu ou chronique, lésionnel, fonctionnel ou sensoriel de la maladie (1).

« Le choix de la dose infinitésimale qui doit être prescrite à un malade connu, dans un état morbide donné, dépend de trois facteurs :

« — Du remède,

« — De la maladie,

« — Du malade. »

. . . .

« La dose thérapeutique doit être inversement proportionnelle à la dose expérimentale. »

. . . .

« Aux troubles sensoriels correspondent les hautes dilutions. Aux troubles fonctionnels correspondent les moyennes dilutions. Aux troubles lésionnels correspondent les basses dilutions. »

. . . .

« Une règle peut être donnée :

« Dans tous les cas où il y a une lésion, la dilution basse est la règle, la haute dilution l'exception.

« Inversement :

« Dans tous les cas où les troubles du sensorium dominent, la haute dilution est la règle, les basses dilutions l'exception. »

. . . .

« Plus la dilution est élevée, plus l'intervalle qui sépare l'administration des doses doit être grand.

« Plus la dilution est basse, plus fréquente peut être sa répétition. Devant une amélioration, cesser ou espacer le remède. »

On peut donner le remède, soit à l'extérieur (frictions, olfactions), soit à l'intérieur. Dans le second cas, qui nous intéresse plus spécialement, on utilise, quelle que soit la forme du remède, de l'eau distillée comme véhicule, alcoolisée ou non.

« ...Si vous tenez à alcooliser légèrement l'eau distillée, il est un moyen bien simple : au lieu de prescrire des globules,

(1) *La pratique de l'homœopathie*, Dr L. VANNIER, p. 384 et suivantes.

prescrivez des gouttes... et vous atteindrez deux buts : par le premier, vous alcooliserez suffisamment l'eau distillée ; par le second, vous forcerez le pharmacien à renouveler plus souvent ses dynamisations alcooliques. » (Garnier, *loc. cit.*)

Et toujours, pour citer ce même auteur :

« ...Le remède étant choisi, sa dynamisation étant choisie, on ne peut plus parler que de son action dynamique réelle ou virtuelle, mais on ne doit plus parler de dose, c'est-à-dire ni du poids, ni du volume. Que dire de l'action de prescrire une moitié ou un quart de goutte, une moitié ou un quart de globule? C'est tout simplement du mysticisme, et du mysticisme à la plus haute dynamisation ! » (Nos prédécesseurs ne sont vraiment pas tendres pour ceux qui ne sont pas de leur avis ! !)

« Lorsque vous voudrez combattre des symptômes se manifestant principalement le matin, donnez le remède le soir et vice-versa. »

« Certains malades laissent un moment le liquide dans la bouche avant de l'avaler, d'autres mettent le flacon sous le traversin. »

Correspondances entre gouttes et granules. — Très souvent, on nous pose la question de savoir quelles sont les équivalences entre granules et gouttes, question bien délicate à résoudre.

Autrefois, il n'existait qu'une seule taille de globules ; les granules ne sont entrés dans la pratique qu'ultérieurement. Jahr indique dans sa *Pharmacopée homœopathique* (1841) que les globules sont imprégnés à raison de 1 goutte de dilution pour 200 globules. Chaque globule représente donc 1/200e de goutte (on comprend ainsi pourquoi on utilisait la 29e dilution pour préparer des globules à la 30e). Actuellement, les granules, plus gros que les globules, ont remplacé ceux-ci.

On trouve dans les livres les indications suivantes :

3 gouttes = 3 granules = 1 comprimé (Ch. Rousson, *Précis d'homœopathie familiale*), ou

1 granule = 1 goutte.

1 globule = 1/10e de goutte (Sieffert).

Cependant, ces correspondances n'existent pas dans la pratique courante. On prescrit généralement V gouttes d'une dilution ou 2 granules imprégnés à la même dilution, sans que l'on puisse parler d'une correspondance pondérale.

D'ailleurs, lorsqu'il s'agit de doses infinitésimales, celle-ci reste toujours difficile, sinon impossible, à établir.

Par exemple, on donnera aussi bien *Berberis* 6, 2 granules midi et soir, ou V ou X gouttes avant les deux principaux repas.

Si la pratique est en désaccord avec la théorie, c'est que la théorie n'a que peu de valeur. En effet, ce qui est important, ce n'est pas la quantité du remède absorbé, mais sa dynamisation ; la dose est et reste de toute façon infinitésimale et du même ordre de grandeur.

On peut se demander aussi ce qui est préférable, ou de la forme liquide ou de la forme granule. Je crois pouvoir dire que la rapidité et la profondeur de l'action ne sont pas les mêmes dans tous les cas. C'est surtout une affaire d'expérience.

Par exemple :

Solidago et *Berberis* sont généralement prescrits sous forme liquide, à la 6e dilution. Par contre, *Belladona*, *Aconit*, *Bryonia*, etc..., sont prescrits à la même dilution sous forme de granules ; vous avez aussi sans doute remarqué qu'un malade très fébrile, un grippé par exemple, sera amélioré beaucoup plus rapidement si vous lui faites prendre par cuillerées à café une potion que vous avez préparée en faisant dissoudre les granules dans un verre d'eau, au lieu de lui faire absorber les granules non dissous. Je ne saurais d'ailleurs donner d'explication à ce phénomène; ce sont, je le répète, des faits d'observation journalière et non des lois ni même des hypothèses.

La prescription isothérapique

Le Dr Léon Vannier a exposé à différentes reprises, dans des articles et dans des conférences, ce qu'elle était et ce que l'on pouvait en attendre.

Les doses utilisées sont assez variables, elles dépendent du produit pathologique et du malade. Les indications que nous donnons ici représentent ce que nous avons l'habitude de préparer d'après les ordonnances qui nous sont remises. Là encore, c'est l'expérience qui parle.

Les isothérapiques sanguins sont généralement constitués par des hautes dilutions, 200e et M. Ces doses doivent être maniées avec prudence et l'intervalle séparant leur absorption suffisamment grand, généralement deux à trois semaines.

Si l'on désire que le malade absorbe régulièrement ses doses, sans l'obliger à un exercice de mémoire trop ardu, on intercale des doses inactives entre les doses actives, en lui indiquant de prendre une dose tous les huit jours. Pour faciliter la prescription et la rendre plus hermétique et afin que le malade ignore l'existence des doses inactives, on utilise des formules conventionnelles, celles-ci, par exemple (Dr L. VANNIER) :

Formule	Nombre de doses	DISTRIBUTION DES DOSES ACTIVES DANS LA SÉRIE									
		N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	N° 7	N° 8	N° 9	N° 10
AV	10	200	N (1)	N	N	N	N	N	N	N	N
BV	10	200	N	N	N	N	N	N	N	N	M
CV (2)	10	200	N	N	N	200	N	N	N	N	M
DV	10	200	N	N	200	N	N	M	N	N	M

Aux LABORATOIRES HOMŒOPATHIQUES DE FRANCE, nous avons l'habitude de présenter ces doses numérotées de 1 à 10 ; une notice, placée à l'intérieur de la boîte, donne au malade la recommandation expresse de prendre ces doses dans l'ordre, tous les huit jours, le matin à jeun, ou deux heures après les repas, sauf avis contraire du médecin.

Les isothérapiques préparés à partir du pus, des crachats, etc..., provenant si l'on peut dire de maladies aiguës (alors que l'isothérapique sanguin correspond davantage à un état chronique), se prescrivent généralement à de plus basses dilutions : 6 et 30, et à la fin du traitement en 200e. Il n'y a pas de règle d'application, seules jouent ici les lois habituelles du traitement homœopathique quant à la répétition des doses.

Conseils à donner aux clients au sujet de l'emploi des remèdes homœopathiques

Pour que le remède homœopathique agisse, il ne suffit pas qu'il soit bien préparé, il faut que le malade en comprenne la

(1) N = Dose neutre, inactive.

(2) *CV* est la formule la plus courante (2 d. 200 et 1 d. M séparées par des doses inactives).

valeur et qu'il sache qu'il lui faut le manipuler avec précaution (1).

Il est indispensable de ne jamais toucher les granules avec les doigts ; il ne faut jamais non plus les transvaser dans des tubes ou des flacons ayant contenu d'autres remèdes.

Il faut les tenir à l'abri de l'humidité et loin des odeurs.

Un remède homœopathique doit toujours être absorbé loin des repas : ou une demi-heure avant, ou deux heures après. Cette règle essentielle ne doit jamais être oubliée sous peine d'un insuccès total.

Enfin, n'oublions pas qu'un certain nombre de substances antidotent les remèdes homœopathiques, comme par exemple le camphre (alcool camphré), la menthe (dentifrices ordinaires, bonbons, infusions, etc...), la camomille, ce digestif des familles qui, à lui seul, peut engendrer un nombre de troubles considérable et, pour finir, le café et le tabac, dont on ne doit faire qu'un usage modéré pendant la durée du traitement.

Conclusion

Je n'ai rassemblé ici que quelques éléments qui m'ont semblé être essentiels pour la compréhension de la prescription homœopathique. J'ai essayé de répondre aux questions qui nous sont le plus souvent posées, quant à ce qu'est une dilution, aux correspondances entre les différentes méthodes, etc.

Il reste bien entendu que si j'ai omis un point qui vous intéresse particulièrement, je serais heureuse de pouvoir combler cette lacune. La tribune est ouverte.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Il faut féliciter Mlle WURMSER pour son travail de mise au point, imprégné de probité et d'exactitude, pour éviter toute confusion. Ceci est en faveur des LABORATOIRES HOMŒO-

(1) Les L. H. F. ont édité des notices spéciales (*Notes sur l'homœopathie* et *Le Remède homœopathique*) destinées à éclairer le malade sur l'homœopathie et le remède homœopathique. Ces notices sont à la disposition des membres du corps médical qui désireraient répandre ces notions.

PATHIQUES DE FRANCE qui cherchent à toujours faire mieux et à exécuter avec la plus grande précision possible les prescriptions si variées.

Dr L. Vannier :

Je voudrais non pas adresser des reproches à Mlle WURMSER, mais compléter sa communication. Elle a parlé des différentes méthodes employées autrefois pour la préparation des remèdes homœopathiques. En réalité, le problème était le suivant : il fallait secouer une dilution, diluer un remède. Le premier appareil inventé était tout à fait curieux, celui de MURE ; je regrette que Mlle WURMSER n'ait pas extrait de mon livre paru en 1919 le dessin vraiment amusant qui représentait cette machine.

Mais il faudrait montrer également à nos collègues ce qu'étaient les méthodes de FINKE, de JENICHEN et de KENT.

Les collègues américains cherchaient à provoquer une potentialisation, c'est-à-dire une augmentation de puissance de la dilution en la secouant ; malheureusement leur imagination créatrice, à cette époque tout au moins, n'était pas grande ; ils n'avaient pas conçu un procédé mécanique qui pût secouer vigoureusement un flacon, et alors ils eurent la pensée de s'adresser à l'ancien boxeur appelé JENICHEN, polonais d'origine, qui, prenant des flacons entre ses deux mains, les secouait vigoureusement toute la journée. Ne croyez pas un seul instant que JENICHEN était un médecin homœopathe, c'était simplement un athlète plus ou moins complet qui secouait des dilutions. L'histoire raconte que, comme SANDOW, il devint fou.

Pour les dilutions de FINKE, c'était tout autre chose. L'appareil consistait en un réservoir muni d'un robinet qui, ouvert, laissait couler de l'eau très doucement dans un flacon ; ce flacon, par suite d'un dispositif ingénieux, se renversait aussitôt qu'il était rempli. Il se vidait, puis il reprenait sa position première, se remplissait de nouveau pour se vider automatiquement après. Chaque opération de remplissage et de vidage comptait pour une dilution.

Telles étaient les dilutions de FINKE qui ne présentaient pas, d'ailleurs, de grandes différences avec les dilutions que préparait KENT. Vous trouverez dans la revue *The Homœopathician*, journal fondé en même temps que *L'Homœopathie*

française en janvier 1912, une annonce de la machine, machine à diluer par fluxion.

En 1914, je fis construire un appareil qui réunissait à la fois succussions et dilutions. Le résultat fut un appareil monstrueux, véritable camion, qui faisait un bruit formidable et qui secouait toute la maison quand il marchait. Il s'agissait de remplir un flacon. Celui-ci une fois rempli était secoué, et une fois secoué et vidé il devait conserver dans son intérieur une certaine quantité de gouttes, et être rempli à nouveau. Un pointeau spécial devait verser une quantité X de gouttes, égale à 99, mais jamais il n'en laissait couler 99 ; c'était tantôt 120, tantôt 150, tantôt 80. Le réglage de ce pointeau était fort difficile et me procura beaucoup d'ennuis. Bref, cet appareil marchait mais ne présentait aucune précision scientifique. Il fut cependant utile puisqu'il fut le point de départ qui permit aux LABORATOIRES HOMŒOPATHIQUES DE FRANCE d'arriver après de multiples perfectionnements à la création de petites machines silencieuses, qui préparent des remèdes vraiment dynamisés.

Sur la présentation des dilutions, je voudrais vous conter un fait historique assez intéressant : Quand je commençais à exercer l'homœopathie il n'existait que deux présentations de remèdes, les paquets de poudre qui étaient des triturations décimales ou centésimales, et les potions. Et alors il y avait de grandes discussions sur l'emploi de l'eau et de l'alcool. Je dois dire que les médecins préféraient l'alcool parce que la potion avait du goût et que le malade avait ainsi la sensation de prendre quelque chose, tandis que l'emploi de l'eau paraissait justifier la fameuse boutade : Jetez quelques gouttes de teinture mère au pont d'Austerlitz et vous obtiendrez la dilution homœopathique à Passy.

Je voulus d'abord avoir de hautes dilutions bien préparées. J'eus la chance de tomber sur un pharmacien, mort depuis, auquel il faut rendre hommage, homme très honnête, M. LADISLAS PIOTRUZINSKY, qui eut la patience de préparer ces hautes dilutions à la façon de JENICHEN, en secouant douze fois un même flacon à chaque remplissage par la nouvelle dilution. C'était donc la méthode de KORSAKOW qu'il employait. Il faisait cela tout en servant ses malades. Comme la clientèle des homœopathes n'était pas alors très répandue, il avait du temps, entre chaque exécution d'ordonnance, pour secouer ces dilutions. Je lui demandai alors de les

présenter sous forme de globules contenus dans de petits tubes, analogues à ceux qui existent actuellement aux Laboratoires, sauf qu'ils étaient plus longs et d'un diamètre plus réduit.

Je n'avais rien inventé mais j'avais simplement regardé dans la trousse d'HAHNEMANN que j'ai chez moi les petits tubes dont le maître se servait et les globules encore imprégnés par lui. La même présentation se trouvait dans la trousse d'un de mes malades, trousse conçue et combinée par Mme HAHNEMANN, et ce malade se refusait obstinément à aller dans n'importe quelle pharmacie prendre un médicament homœopathique, prétendant qu'aucun pharmacien ne pourrait préparer un remède ayant autant d'action.

Il est peut-être intéressant de rappeler les fonctions occupées par ce malade : M. MONOD, le directeur de l'Assistance publique.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Si personne n'a d'observation à faire, nous allons entendre le Dr L. VANNIER sur : *La tradition scientifique de l'Homœopathie.*

Dr Léon Vannier :

LA TRADITION SCIENTIFIQUE DE L'HOMŒOPATHIE

Au moment où l'Homœopathie prend dans notre pays une extension considérable, nous avons pensé qu'il était utile — sinon opportun — de préciser ses origines et de présenter, en une courte étude, les étapes successives que la pensée humaine avait parcourues pour aboutir à nos conceptions actuelles.

Tout d'abord, faisons justice d'une erreur habituellement commise. Les malades — et trop souvent les médecins homœopathes — s'imaginent que l'Homœopathie est une médecine nouvelle dont le fondateur serait Samuel HAHNE-

MANN. En réalité, si HAHNEMANN a créé le terme *Homœopathie*, la médecine qu'il a ainsi dénommée est beaucoup plus ancienne et ce n'est pas manquer de respect au maître et à ses disciples que de penser que l'ignorance dans laquelle il nous a laissé des efforts de ses précurseurs a été une des causes principales des difficultés qui ont assailli le développement de ses idées.

C'est dans la plus haute antiquité que l'Homœothérapie puise ses origines qui sont — ne l'oublions jamais — celles de toute la médecine.

Afin de vous faire mieux comprendre le déroulement des idées qui ont présidé à la constitution de sa doctrine et de sa pratique, nous étudierons successivement :

— *Le passé :*

I. — HIPPOCRATE et les principes directeurs de la médecine.

II. — Le moyen âge et l'idée d'analogie.

III. — HAHNEMANN et la doctrine homœopathique.

— *L'évolution des idées hahnemanniennes :*

— *Le retour à la tradition :*

L'effort de « L'Homœopathie française » et du « Centre Homœopathique de France ».

LE PASSÉ

I. — *HIPPOCRATE*
ET LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MÉDECINE

HIPPOCRATE naît à Cos, au temple des Asclépiades, la première année de la 83e olympiade, quatre siècles avant notre ère.

Esprit synthétique aux conceptions vastes et puissantes, HIPPOCRATE est bien le « père de la médecine », le créateur de la vraie médecine, celle dont la technique et la thérapeutique se relient à des principes invariables et ordonnés (1).

(1) Léon VANNIER, *Néo-hippocratisme et homœopathie.* G. Doin, édit. Paris, 1938.

Quels sont ces principes?

Nous pouvons les résumer en considérant son œuvre sous deux angles : clinique et thérapeutique.

A) La clinique hippocratique

La clinique hippocratique repose exclusivement sur l'*observation du malade* et *la compréhension des maladies.*

1° *LES MALADIES*

Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance (1).

Ainsi débute le fameux traité intitulé Προγνωστικον qui n'est pas, comme son nom semble l'indiquer, l'étude du pronostic. La *Prognose* d'Hippocrate concerne « le présent, le passé et l'avenir des maladies » qu'il faut savoir « pénétrer » (2). On n'y trouve pas le diagnostic d'une maladie particulière, mais bien le diagnostic de l'état général du sujet, élément fondamental de la médecine hippocratique.

Hippocrate s'attache à montrer qu'une maladie n'apparaît pas toujours brusquement, mais qu'elle est souvent précédée par un état particulier, indéfinissable, qui annonce la rupture de l'équilibre du sujet. Etudiées dans leurs manifestations, dans leur forme et dans leur évolution dont les variations sont rattachées à la constitution propre du malade, à son climat et à son ambiance, les maladies, pour Hippocrate, présentent, avec des causes apparentes, des raisons cachées. Ces dernières constituent de véritables *maladies inapparentes* dont la vraie cause ne peut être décelée. Il reproche aux systématiques de son temps de chercher à expliquer la médecine par l'hypothèse. Ce qu'il veut qu'on substitue à l'hypothèse, c'est l'étude de l'être vivant, de la réalité et la recherche de la manière dont le corps se comporte à l'égard de chaque chose.

« Considérez un cercle, dit-il, le commencement ne peut être trouvé. De la même façon, les maladies prennent origine dans tout le corps (3). »

(1) Hippocrate, *La Prognose*, § 1er.

(2) *La Prognose*, § 1er.

(3) *Des lieux dans l'homme*, § 1er.

La maladie devient une véritable entité dont les *caractéristiques différentielles* — qui la différencient d'une autre maladie — ne sont pas établies par la notion de la cause apparente qui semble se manifester, mais bien par les *mouvements réactionnels* du malade. L'être humain est « un », le malade est « un », la maladie est « une » et les caractères qui donnent à chacun de ces éléments une signification ne peuvent être dissociés.

Ainsi se trouve posé le dogme de l'unité vitale qui appelle évidemment pour corollaire le dogme de l'entité morbide.

Les maladies proviennent du déséquilibre des humeurs : sang, bile, eau et phlegme. L'équilibre humoral est nécessaire à la santé. Quand il tend à disparaître, la dyscrasie se manifeste, soit brusquement (maladies aiguës), soit progressivement (maladies chroniques).

2° *LE MALADE*

Pour Hippocrate, le malade n'est pas seulement un *support* de la maladie, mais bien un être humain dont les réactions *caractérisent* la maladie. Le malade devient une véritable *entité morbide*, dont il faut étudier les signes. *Tous les signes ont une valeur*, ils doivent être tous observés et retenus. Aucun élément, quel qu'il soit, objectivement constaté ou rapporté par les dires du sujet, ne doit être rejeté par le Médecin qui ne doit jamais négliger ce qu'il ne comprend pas encore, ce qu'il ne peut, dans son esprit encore ignorant, relier à un fait connu.

Tout est dans tout, et si, en considérant un phénomène biologique nous ne pouvons avec lui établir un rapport — nous ne disons pas une explication — constatons seulement notre ignorance, mais ne dépouillons pas arbitrairement de toute valeur un symptôme dont nous ne comprenons pas encore l'exacte signification. Connaître l'évolution du mal qui frappe le sujet est plus important que d'en affirmer l'étiologie hypothétique.

L'étude d'une maladie n'est pas la principale préoccupation d'Hippocrate. Un souci constant dirige son action médicale : l'observation des symptômes du malade, de ses « soulèvements réactionnels ». Hippocrate regarde et voit, il constate et il déduit.

La clinique d'Hippocrate ne ressemble en rien à celle que

nos maîtres nous enseignent aujourd'hui. Elle n'est pas faite d'examens, elle repose sur l'observation. La séméiologie hippocratique n'a rien de comparable avec la séméiologie actuelle. HIPPOCRATE *ne différencie pas des syndrômes, il n'étiquette pas des maladies.* Son observation minutieuse, pondérée et réfléchie, tend à *séparer des malades*, à les distinguer, afin de pouvoir opposer à leurs manifestations habituelles une thérapeutique appropriée et surtout afin de pouvoir prévoir leurs réactions et empêcher leur production.

Pour HIPPOCRATE, le malade est un *être humain transformé.* Cet être humain, on doit l'observer et l'étudier avant qu'il ait subi l'empreinte de la maladie. Il reconnaît, dans l'être humain, une harmonie pré-établie et il décrit, pour la première fois, les quatre tempéraments qui correspondent aux quatre humeurs :

Le lymphatique,
Le bilieux,
L'atrabilaire,
Le sanguin.

Et il ajoute :

Chaque individu a des maladies proportionnées à ses forces.

« J'appelle puissances les propriétés extrêmes et les formes des humeurs; j'appelle figures la conformation des organes qui sont dans le corps. Puissances et figures sont en rapport étroit. Il faut savoir alors vers quelle maladie tend chaque constitution individuelle (1). »

Ainsi reparaît la constante préoccupation du maître de Cos : *prévoir.*

Pour HIPPOCRATE, le symptôme n'est pas seulement un *signe de maladie*, mais un *signe de malade* et, si sa constatation permet de comprendre la « prognose » d'une maladie, il oblige le médecin à déterminer la thérapeutique qui convient exactement au sujet, car il exprime, par lui-même, le remède nécessaire non pour combattre la maladie, mais pour guérir le malade lui-même.

B) La thérapeutique hippocratique

Trois principes directeurs :

1° Νουσων φυσιες ἰητροι. *Natura medicatrix.* « La nature

(1) *De l'ancienne médecine*, § 22.

est le médecin des maladies. La nature, sans instruction et sans savoir, fait ce qu'il convient (1). »

« Le médecin doit imiter la nature.

« Le propre de la médecine est de délivrer de ce qui fait mal et, enlevant la cause de la souffrance, rendre la santé. La nature fait cela par elle-même (2). »

Elle guérit de trois façons :

— D'une façon *passive* ou *statique*, par le repos, l'abstinence, le sommeil ;

— D'une façon *active* ou *dynamique*, par l'exercice, l'augmentation de nourriture ;

— Enfin, par des *soulèvements* ou réactions qui sont autant de *mouvements calculés* que l'organisme met en œuvre pour assurer sa défense.

Au médecin d'imiter la nature, afin de maintenir et de ramener le malade dans un état d'équilibre.

2° Les contraires sont les remèdes des contraires. *Contraria contrariis.*

« Si l'on connaissait, dit HIPPOCRATE, la cause de la maladie, on serait en état d'administrer ce qui est utile, prenant dans les contraires l'indication des remèdes. De fait, cette médecine est naturelle. La faim est guérie par l'aliment, la soif est apaisée par la boisson, la plénitude est guérie par l'évacuation, l'évacuation par la plénitude, la fatigue de l'exercice par le repos, la fatigue du repos par l'exercice. Bref, les contraires sont les remèdes des contraires, car la médecine est supplément et retranchement : retranchement de ce qui est en excès, supplément de ce qui est en défaut (3). »

« Les douleurs se guérissant par les contraires, chaque maladie a ce qui lui est propre ; ainsi, aux constitutions chaudes, devenues malades par le froid, conviennent les échauffants et ainsi de suite (4). »

3° Les semblables guérissent par les semblables. *Similia similibus.*

« Autre procédé : La maladie est produite par les semblables et par le semblable que l'on fait prendre, le patient revient de la maladie à la santé. Ainsi, ce qui produit la strangurie

(1) *Des épidémies*, livre VI, § 1er.

(2) *Du régime*, § 15.

(3) *Des vents*, § 1er.

(4) *Des lieux dans l'homme*, § 42.

qui n'est pas, enlève la strangurie qui est ; la toux, comme la strangurie, est causée et enlevée par les mêmes causes (1). »

« La fièvre, née par la phelgmasie, tantôt est produite et supprimée par les mêmes choses, tantôt est supprimée par le contraire de ce qui l'a produite. La fièvre est supprimée par ce qui la produit et produite par ce qui la supprime.

« Les substances, naturellement purgatives, peuvent provoquer le resserrement. »

Conclusion

Loi des Contraires, loi des Semblables, les deux principes qui régissent toute la médecine sont explicitement formulés par HIPPOCRATE.

« Ainsi, dit-il, de deux façons contraires, la santé se rétablit (2). »

« Ce qui sert ressemble complètement à ce qui nuit (3). »

« Car tout est semblable, les choses qui sont critiques, celles qui nuisent, celles qui délivrent (4). »

Nous sommes donc bien en présence d'une *double action thérapeutique*, de deux principes, *loi des Contraires* et *loi de Similitude*, opposés seulement en apparence, car ils ont chacun leurs applications particulières.

« *La médecine est de mesure fugitive.* Celui qui le comprend a là un point fixe, et il sait quelles sont les réalités et les non-réalités dont la connaissance constitue la mesure en médecine ; c'est-à-dire que les purgatifs deviennent non purgatifs, et ainsi des autres qui sont contraires ; et les plus contraires ne sont pas les plus contraires (5). »

Depuis HIPPOCRATE, les médecins ont souvent négligé les avis du Périodeucte. La mesure fut rarement observée et les grandes oscillations de la pensée médicale manifestent bien l'erreur initiale.

Deux lois d'indication sont offertes au praticien, elles doivent être l'une et l'autre respectées. Loi des Contraires

(1) *Des lieux dans l'homme*, § 42.

(2) *Des lieux dans l'homme*, § 142.

(3) *Des hormones*, § 4.

(4) *Des humeurs*, § 5.

(5) *Des lieux dans l'homme*, § 44.

et loi de Similitude doivent être également appliquées — nous ne disons pas : simultanément. Elles ne doivent pas donner lieu à deux conceptions médicales différentes dont l'obédience sectaire stérilise l'esprit et empêche tout progrès.

II. — *LE MOYEN ÂGE ET L'IDÉE D'ANALOGIE*

Nous avons vu combien l'idée d'analogie dominait la pensée d'HIPPOCRATE et se reflétait dans ses écrits. Nous assisterons à l'apogée de son développement à l'époque médiévale et nous en connaîtrons les stades successifs en faisant surgir devant vous des hommes dont les œuvres vous permettront d'apprécier les efforts inouïs des précurseurs de HAHNEMANN :

PARACELSE – CROLLIUS – KIRCHER.

Paracelse

Auréolus-Philippe-Théophraste BOMBAST DE HOHENHEIM, dit PARACELSE, naît le 10 novembre 1493 à Einsiedeln, en Suisse (1). Son père est médecin et l'initie dès son adolescence aux secrets et aux mythes mystérieusement transmis et jalousement conservés. Mais PARACELSE est bientôt un révolté. Le souci de grande perfection qui domine toute sa vie, le désir d'équilibrer son action sur une philosophie stable, la constante recherche du vrai fondée sur l'expérience sont autant de motifs qui ne tardent pas à le dresser contre l'enseignement qui lui est offert et dont il comprend aussitôt la faiblesse et l'inutilité. L'extraordinaire vitalité dont il est doué le pousse à combattre les maîtres du moment, soumis à GALIEN. Il s'y emploie avec une ardeur inconcevable et une brutalité sans égale. Ecoutez-le :

« Quand vous voudrez vous retrancher derrière l'autorité de Machaon, d'Apollin, d'Aristote, de Galien, d'Averroïs, d'Avicenne, etc..., c'est en vain. Vous devriez d'abord penser s'ils ont menti ou non. C'est suivant que ceci sera établi que nous les admettrons ou non. Si leurs écrits étaient des tuyaux

(1) Léon VANNIER. Extrait de *L'Œuvre de Paracelse* (communication à la Société française d'Histoire de la médecine, 1936).

d'orgue, il faudrait être bon organiste pour en extraire une petite chanson.

« Ceci est un grand et suprême défaut de tant de docteurs, seigneurs, maîtres et bacheliers des Académies qui n'ont pas été clairvoyants en ces choses, mais aveuglés par des cataractes si opiniâtres. Je suis vraiment étonné de l'audace avec laquelle ils osent s'orner et s'affubler mutuellement de bonnets rouges (*rubellae*, *tiarae*, *die rothen Nütlin*) quoique étant si aveugles que, cependant, je puisse difficilement trouver quelque chose à l'endroit où se trouve la tête. »

Paracelse est avant tout un médecin qui veut guérir. La thérapeutique est pour lui une fin, la guérison, l'unique résultat.

« De même que la maladie naît de la santé, de même la santé naît de la maladie.

« C'est pourquoi, ajoute Paracelse, il faut connaître non seulement les origines de la maladie, mais encore les réparations de la santé. Or, les médecins inhabiles se sont détournés de la lumière de la nature et l'ont obscurcie, car ils ont pris une base que leur propre cerveau leur a fournie suivant leurs fantaisies et sans aucun témoignage de la lumière de la nature.

« Cette lumière est le grand monde. »

1° *LE FIRMAMENT*

Le malade n'est pas un homme quelconque, c'est un être humain créé qui porte à la fois en lui *témoignage de sa fonction et de sa maladie.* Tant que le médecin voudra, par une analyse subtile ou d'adroites explorations, connaître son malade afin de déterminer logiquement — rationnellement — son traitement, il errera, car la décision prise dépend de lui seul, médecin, et n'est pas soumise au contrôle de la nature. Pourquoi ne pas considérer l'homme (microcosme) dans ses rapports avec l'univers (macrocosme). L'examinateur sagace fait place à l'observateur averti qui, relevant les témoignages posés, évolue vers une connaissance et une thérapeutique opportune car elle se trouve alors adaptée *in numero*, *in pondere*, *in mensura*, dans le temps, à la masse et à la mesure de l'individu. Et Paracelse conclut : *Le semblable appartient au semblable.*

L'homme porte en lui des signes manifestes pour qui sait voir ; ces signes ne constituent pas des apparences sur les-

quelles des controverses sans fin peuvent être édifiées, ils sont indélébiles ou variables, mais toujours signifiés, soit en eux-mêmes, soit par leurs rapports exacts avec des phénomènes naturels qui leur sont extrinsèques. Et c'est ainsi que le *firmament* de l'être — autrement dit son « avoir » et son « devenir » — s'éclaire et devient apparent à la lumière du firmament planétaire ou cosmique.

« Si donc la vue des apparences extérieures appartient aux paysans, la vision (*contuitio*, *das Inner zusehen*) des choses intérieures — qui est le secret — appartient au médecin. »

2° *LES TROIS SUBSTANCES*

Mais il est un élément de connaissance que le médecin doit bien comprendre et ne jamais oublier.

Écoutez le maître :

« Tout corps consiste en trois choses. Les noms de celles-ci sont *Soufre*, *Mercure*, *Sel*. Si ces trois choses sont réunies (*componuntur*, *zusammen gesetzt*), alors elles s'appellent un corps ; et rien ne leur est ajouté sinon la vie et ce qui est inhérent à celle-ci. Donc si tu prends un corps quelconque entre tes mains, tu as invisiblement trois substances sous une seule forme ou espèce. Car ces trois substances existent ici sous une seule forme, qui donnent et font toute santé. »

Paracelse donne lui-même l'explication :

« Si tu tiens du bois en tes mains, alors, suivant le témoignage des yeux, tu n'es en présence que d'un seul corps. Brûle-le. Ce qui brûlera, c'est le Soufre ; ce qui s'exhale en fumée, c'est le Mercure ; ce qui reste en cendres, c'est le Sel... Tout ce qui brûle est Soufre. Rien n'est sublimé hormis le seul Mercure. Rien ne se réduit en cendres si ce n'est le Sel. »

L'homme est, comme tout corps minéral ou organisé, un composé de trois substances qui ne se manifestent pas tant que la vie existe, tant que leur association ou leur combinaison reste intégrale. Si, par rupture d'équilibre, l'une d'elles se sépare, la seconde ou la troisième se manifeste aussitôt. Car, ainsi que Paracelse l'écrit, « la séparation de l'une est l'accrussion de l'autre ». Cette séparation ou cette accrussion engendre quantité de phénomènes qui constituent la maladie. Mais chaque substance possède sa nature caractéristique (*sein eingenschafft*). Cette nature caractéristique est variable

suivant l'homme ; c'est elle qui imprime à la maladie un ensemble caractéristique qui est particulier à l'individu.

« L'essentiel est que ce qui est la maladie soit appelé l'homme avec toutes les propriétés inhérentes à l'homme. » C'est l'homme qui caractérise sa maladie, c'est le malade qui fait « sa » maladie et non la maladie qui caractérise — donne un caractère — au malade.

3° *CORPUS MEDIUM*

L'homme est un composé de trois parties : *l'âme, le corps construit* et *le corps intermédiaire, corpus medium.*

« *L'âme* est, dit PARACELSE, ce qui naît de notre mort.

« Le *corps construit*, c'est l'ensemble constitué par le squelette recouvert des tissus qui protègent nos organes essentiels, c'est lui qui est composé de trois substances : Soufre, Sel, Mercure, dont le déséquilibre produit l'apparition des maladies caractérisées par la nature de ces substances variables suivant chaque individu.

« Le *corpus medium* — *Mittel corpus* — n'est semblable en rien à celui-ci parce qu'il est puissamment construit et transmué. »

Et PARACELSE ajoute :

« Cependant cette mutation n'est autre chose que ce que fait le peintre qui trace une image sur un mur et l'exprime par une statue de bois. Nul n'y voit du bois, mais chacun perçoit, au contraire, une image élégante. Cependant, une simple éponge mouillée enlève par un léger frottement tout ce que le peintre avait ajouté de sa propre industrie. Or la vie est exactement semblable. Une fois sculptés par DIEU et agglutinés (*congleti, gesetz*) en trois substances, nous sommes ensuite illuminés par la vie, qui nous accorde de nous arrêter, de marcher, de nous mouvoir, etc...

« Car ce peintre est très habile, qui a revêtu de couleurs ces trois substances de telle sorte que, dans l'une, elles paraissent peintes comme le Soleil, dans l'autre comme la Lune, dans une troisième comme Vénus, etc... Celui-ci est blanc, celui-là est brun ; un autre est coloré d'une autre manière. Et ceci est le suprême magistère du peintre qui a orné ses statues si artistiquement.

« Cependant, il n'est pas autre chose à savoir et à penser

que toutes choses possèdent leur effigie (*sunt effigietæ, sind gebildet*). Or, l'anatomie est dans cette effigie même. L'homme est revêtu d'une forme (*fictus est, gebildet*). Or l'anatomie est son effigie nécessaire à connaître, avant tout, du médecin. »

Entendez Paracelse : l'anatomie, pour lui, n'est pas seulement l'étude analytique du corps humain. L'anatomie est l'étude de l'effigie du corps humain, de sa forme, non point du point de vue artistique, comme elle est seulement encore enseignée, mais du point de vue figuratif, représentatif.

Ainsi considérée, l'anatomie apporte en effet à l'observation pénétrante une représentation significative de l'être.

Paracelse va plus loin. Il ne suffit pas de connaître l'anatomie de l'homme, mais aussi celle des maladies et aussi celle des herbes. « Alors le médecin trouvera la concordance des anatomies des herbes et des maladies, lesquelles sont semblables et se rapportent les unes aux autres. »

Et il ajoute :

« *Le semblable appartient au semblable.* Cependant, dans l'ordre de l'anatomie, rien de froid n'est donné contre le chaud ; rien de chaud contre le froid, mais seulement dans la ligne de l'anatomie. Ce serait une confusion dans l'ordre si nous cherchions notre santé dans les contraires.

« Ceci, dit-il, doit être la colonne sur laquelle s'appuie le médecin : à savoir que, *à toute anatomie, il administre ce qui lui convient par similitude.* Ainsi, une médecine quelconque doit avoir l'anatomie de sa maladie. »

Le semblable appartient au semblable !

Nous voici insensiblement ramené à l'idée hippocratique, idée qui domine la plus grande partie de la thérapeutique ancienne, idée qui nous est chère puisqu'elle constitue le principe essentiel de l'Homœopathie, idée qui se poursuit dans toute l'œuvre de Paracelse et qui consacre son action médicale et thérapeutique.

4° *LA THÉRAPEUTIQUE*

La constante préoccupation de Paracelse, c'est la thérapeutique.

Tout d'abord, il reconnaît la défense naturelle du malade contre la maladie.

« La nature est un grand médecin et ce médecin, l'homme le possède en lui.

« Si la nature se défend d'elle-même, alors elle guérit seule les maladies. Elle possède une industrie certaine pour les guérir que le médecin ignore. Et c'est pourquoi il est seulement le ministre et le défenseur de la nature. »

Et voilà renouvelé le premier principe d'HIPPOCRATE, admis par tout médecin respectueux et fidèle dans son observation : *Natura medicatrix.*

« Or, maintenant, il faut comprendre, dit PARACELSE, que l'homme et les choses externes entretiennent un certain accord ou similitude de telle sorte qu'ils se conviennent et s'entr'aident (*afficiunt et admittunt*). C'est-à-dire que le médecin doit savoir que, dès qu'il aura perçu clairement (*perspexerit*, *erkennt*) les natures de ces choses qui se connaissent et s'admettent (s'accordent) mutuellement, alors il possèdera la connaissance de l'anatomie. »

Comprenez ce terme dans le sens de PARACELSE : Anatomie de l'effigie, compréhension du signe manifesté, de l'image créée dans ses rapports d'analogie car, toutes choses *sunt effigietae*, *sind gebildet.*

Voilà non seulement rapporté, mais expliqué dans son application, le second principe d'HIPPOCRATE : *Similia similibus.*

« Les maladies proviennent (*descendunt*, *nemmen sich*) de la transmutation. *Tout ce qui est transmué*, *transmue-le toi aussi* et prends garde en ceci que les anatomies conservées (*Salvæ anatomiæ*, *gesundt die Anatomien*) concordent réciproquement. Ensuite, si les maladies surviennent, aie soin de disposer (*componere*, *vergleichest*) celles-ci dans l'une et l'autre transmutation. Et c'est ainsi que les recettes (*recepta*) doivent être établies et composées, et non à la manière des charlatans à longues ordonnances de sirops, thériaques ou autres, dans lesquels n'apparaît aucune anatomie, mais la pure fantaisie seulement. »

Le remède doit être adapté au malade et seule la connaissance réelle de la vraie nature de la maladie et l'observation profonde du patient permettront au médecin de déterminer exactement le remède qui guérit, celui qui transformera le malade, celui qui le « transmuera » pour employer de PARA-

CELSE l'exacte expression dont nous ne pouvons sourire quand nous connaissons les transmutations métalliques et microbiennes.

Or, ajoute-t-il, « les signes sont donnés afin seulement que le corps et la substance soient dénotés par eux. C'est pourquoi les noms (de maladies) devraient être imposés avec plus de justesse d'après la méthode de guérison ; tel le mal caduc : *Viridellus morbus*, car cette espèce de mal caduc est guéri par *Viridellus.* »

Et PARACELSE insiste :

« Apportez donc la plus grande attention à la préparation des remèdes, à la puissance (*virtus*, *krafft*), au temps et à l'heure, à la propriété et à tout ce qui s'y rapporte. »

« Apprends donc l'alchimie, qui autrement est appelée *spagyrie* », dit PARACELSE, qui paraît avoir employé le premier ce terme, encore que certains auteurs affirment qu'il l'a emprunté à Basile VALENTIN.

Alchimie et spagyrie : les deux termes nécessitent un distinguo.

L'alchimie est, avant tout, la chimie, l'étude des corps, de leurs combinaisons, elle poursuit la grande œuvre et la pierre philosophale et la recherche des plus mystérieuses mutations. La iatro-chimie est la médecine chimique qui emploie des substances préparées chimiquement.

Etymologiquement, *spagyria* vient de σπάω, extraire, séparer, et de αγειρω, assembler. On a vu dans le terme constitutif de ce mot les deux opérations principales de la chimie : analyse et synthèse, et trop souvent spagyrie est considéré comme synonyme d'alchimie. *Solva et coagula* paraît exprimer le *modus operandi* identique des alchimistes et des spagyristes.

L'art spagyrique s'élève bien au-dessus de l'alchimiste. Au cours de son analyse, le spagyriste cherche non seulement à isoler le ferment purissime séparé de tout l'indigeste, le nuisible de la substance, mais à engendrer une force puissante ou un pouvoir surtendu d'intensité considérable d'ordre indéfini, qui ne peut être défini — nous dirons d'ordre infinitésimal — dont l'action ne peut être rendue évidente que dans ses effets.

Ceux qui ne seront pas guéris retrouveront la santé par les arcanes. L'arcane n'est pas une vertu, mais une force (*vis*) et une puissance (*potentia*) plutôt qu'une vertu. Ainsi le spagyriste, s'il peut être dans les temps modernes l'initiateur

de la radio-activité, doit être considéré comme le précurseur du médecin homœopathe. Le radium est son symbole, l'infinitésimal son procédé, le subtil corps, *medium corpus*, son domaine.

Vous voyez toute l'étendue de l'œuvre thérapeutique de Paracelse :

Détermination du remède par la concordance des signes retrouvés.

Importance des signes propres au malade.

Définition du syndrôme ou de la maladie par le nom du remède qui lui est adapté.

Préparation minutieuse et subtile du remède.

Ne retrouvons-nous pas tous les éléments qui constituent l'essentiel de la médecine homœopathique, de l'Homœothérapie?

Nous devons notre admiration au maître qui comprit la médecine comme un art majeur dont la technique « une » repose sur l'observation « multiple ». Nous lui devons aussi notre respect. La « superbe » de Paracelse n'était pas l'expression d'un orgueil démesuré, elle reflétait seulement le sentiment d'une immense fierté, celle d'avoir compris l'ordre de la nature dont l'observation fidèle et respectueuse lui faisait écrire :

« L'art du vrai médecin émane de Dieu, de même que le don et la pratique et le principe. Celui-là possède le don, à qui il est donné. Celui qui n'a pas été appelé, il ne m'appartient pas de l'appeler. Dieu soit avec nous notre protecteur et notre conservateur dans l'éternité. »

Crollius

Crollius publie *La Royale Chimie* en 1608 (1). Alors, le désordre dans la médecine est à son comble. A peine les idées de Paracelse commencent-elles à être divulguées, qu'elles se trouvent aussitôt combattues et, ce qui est pis, profanées et déformées. Les *sectateurs de Théophraste*, comme les nomme

(1) Dr Léon Vannier. Extrait de *L'Œuvre de Crollius* (communication faite à la Société française d'Histoire de la médecine, Paris, 1936).

Crollius, sont légion qui, sans approfondir les paroles du maître, s'en tiennent à la lettre, cherchant surtout à éblouir leurs contemporains par leur fausse science. « Cette maudite engeance, dit Crollius, perverse et adultère, laquelle ne fait profession que de tromperie, aime cent fois mieux pour l'ordinaire avoir beaucoup de renommée que de l'avoir bonne ; la raison est qu'ils veulent acquérir par leur méchanceté ce qui leur est dénié par la vertu en étant tout à fait dépouillés. »

Quant aux Galénistes, ils n'ont pas désarmé. Les uns, par envie — « laquelle, ajoute Crollius, est la vraie compagne des étudiants en médecine » — s'élèvent contre les vrais disciples de Paracelse ; les autres, peu convaincus de leurs erreurs, persistent à n'avoir aucune bienveillance envers « la République chymique » dont Crollius se fait le défenseur.

Si, dans son *Admonitorium ad lectorem*, qui précède l'exposition de *La Royale Chimie* et qui ne contient pas moins de 223 pages, Crollius manifeste quelque indulgence envers eux — « là où l'envie et la haine ont autorité, le jugement est aveugle » — il s'élève avec force contre les mauvais médecins qui, affublés de titres et magnifiquement parés, « érigent des cimetières au détriment de leur âme. »

Au lit du malade, il n'est pas besoin de beaucoup de discours — πολυγλοτια — mais d'une belle et méthodique opération pour sa santé — πολυχρησον. Et emporté par son indignation contre ces médecins aux dires mensongers, il s'écrie : « qu'ils méritent plutôt de prendre leur repas dans un pot à pisser que d'avoir l'entrée du sacré bain de Diane ! »

1° *LA DOCTRINE DE CROLLIUS*

« La médecine nous est diversement figurée par le livre de la nature, c'est-à-dire par le ciel et la terre. » Vous retrouvez ici la conception habituelle du moyen âge, le firmament, le macrocosme et le microcosme. « Marquez en ce lieu, ajoute-t-il, qu'elle peut être connue et recherchée par la Chiromancie et Physiognomonie. »

Ainsi se précise à nos yeux la méthode qui nous permettra de retrouver l'invisible derrière le visible, à retrouver les choses cachées qui nous sont révélées. *Tout est dans tout*, mais tout est exactement *signifié*. Il est donné au médecin averti de voir les signes, de les lire et de les interpréter.

« Dans la boutique des choses, s'il est permis d'ainsi parler,

dit CROLLIUS, se trouvent le sel animal, végétal, minéral; le soufre animal, végétal, minéral, aussi bien que le mercure. »

L'homme, en effet, possède trois principes : Soufre, Sel, Mercure, qui se retrouvent dans les trois règnes : minéral, végétal, animal. Quand dans le microcosme humain, c'est le sel qui est atteint, le sel agit ; si c'est le soufre ou le mercure qui est malade, alors c'est le soufre ou le mercure qui guérit.

« Toutefois, il faut nécessairement — si l'on veut que les remèdes soient contraires à la maladie — qu'ils soient admis à la nature, qu'ils soient semblables », et CROLLIUS ajoute, car « quelle maladie que ce soit doit être guérie par son propre approprié. »

Ainsi nous retrouvons la loi de Similitude posée par HIPPOCRATE, reprise, affirmée et en quelque sorte symbolisée par PARACELSE.

Les trois principes se retrouvent dans la nature même de l'homme qui est constitué de trois parties : le *corps mortel*, l'*esprit sydérique* et l'*âme éternelle.* « L'homme tient son corps visible des éléments. » Quant à son corps invisible ou « chariot de l'âme », son « essence sydérique (*ethericum*) et astrale » n'est tirée que du firmament. Par ce *medium*, nous communiquons avec les choses invisibles qui nous entourent, nous les subissons ou nous participons de leur connaissance suivant notre élévation. Le corps sydérique, c'est le génie de l'homme, l'invisible particulier qui participe d'une même puissance, « l'homme intérieur, le ciel interne, l'ascendant et la constellation particulière. »

Quant aux astres, aux sept planètes que CROLLIUS appelle les « sept gouvernements du monde », ils n'ont qu'une influence relative sur l'homme. En fait, ils portent témoignage de la puissance invisible de l'homme, entendez par là de son pouvoir particulier, de l'ensemble de ses propriétés, de ses facultés, de ses aptitudes dont le développement constituera plus tard son devenir. « Si l'être vit selon les préceptes de vie, dit CROLLIUS, ou selon le talent et riche trésor qui aura été mis en dépôt dans son vase fragile — par lequel il est entendu le corps — alors il peut dire qu'il dompte les astres, se rendant maître et seigneur de toutes choses, parce que tout est en l'homme et l'homme porte tout en soi et avec soi. »

Rappelez-vous l'antique adage : « Les astres régissent le corps, mais l'esprit libre régit les astres. »

2° *LA THÉRAPEUTIQUE*

Étudions la thérapeutique de Crollius :

« Tout ainsi l'anatomie de l'homme et de la femme ont une certaine correspondance ensemble, de même aussi l'anatomie de la maladie et des remèdes sont semblables. Et de même aussi dans le remède se trouve l'homme et le remède.

« Il est nécessaire que le médecin sache la concordance et la sympathie de la nature.

« Car il y a autant d'espèces de maladies qu'il y a d'espèces, corps et semences de végétaux et personne ne saurait atteindre le nombre des maladies qu'auparavant il ne sache le nombre desdits végétaux. »

Et Crollius d'écrire tout un chapitre sur *L'Office du médecin, ministre de la nature.* Le médecin doit être avant tout un observateur, sa connaissance ne doit pas être limitée à celle de l'homme, puisqu'il comprendra mieux l'homme quand son savoir sera plus universel.

« Il faut donc que le médecin ait la connaissance de la Philosophie et de l'Astronomie : car la Chiromancie, la Pyromancie et la Géomancie sont éléments de l'Astronomie et Philosophie. » Et il ajoute : « Le médecin et le philosophe font réciproquement racines et entre eux ne font qu'un. Le spagyrique est le cuisinier de tous. »

Et aussitôt Crollius nous oppose les deux magies :

« La Magie profane, infâme, diabolique, digne du feu, sortie d'une curiosité autant pernicieuse que dangereuse » (magie noire), et la Magie licite (magie blanche), qui utilise « le pur œil de l'entendement pour fouiller au profond des mystères les plus cachés et les plus difficiles » et « pour l'observation de la sympathie et antipathie des choses, applique l'agent au patient, d'où s'ensuivent des effets qui surprennent le commun entendement. »

« Et de fait, ajoute-t-il, celui-là est vray médecin lequel, ayant parfaitement reconnu ses médicaments, ne les prépare pas par raison, mais emploie sa main pour les préparer, les repurger et séparer de leurs impuretés et venins, les réduisant soi-même à leur pure simplicité, sans se fier à l'impertinence d'un cuisinier ignorant. Car le bon est avec le mauvais et doit être séparé.

« *Où il y a du venin, il y a de la vertu.*

« Et la nature commande aux médecins d'être ministres

ou séparateurs et non maîtres et compositeurs, d'autant que les remèdes demandent les préparations, séparations et exaltations avant qu'ils puissent faire montre de leurs vertus conjointes et occultes. »

La préparation des remèdes demande une longue manipulation. Plusieurs mois sont souvent nécessaires pour transformer le métal, pour « extraire l'esprit minéral de la matière », pour obtenir « la quintessence convenable au baume interne de notre corps. »

La constante préoccupation de Crollius est d'obtenir sous le plus petit volume possible la puissance médicatrice d'une substance, « car nous sommes ainsi assurés que ces formes extraites des médicaments opèrent avec plus de vigueur ».

Ainsi s'ébauche la recherche de la dose infinitésimale, ainsi s'affirme la supériorité du qualitatif sur le quantitatif.

L'originalité de l'œuvre de Crollius réside dans la publication de *La Royale Chimie* et de la *Doctrine des Signatures.*

LA ROYALE CHIMIE

Dans *La Royale Chimie*, Crollius indique une série de médicaments en donnant la technique nécessaire à sa préparation. Nous lui emprunterons seulement deux citations afin de vous faire bien comprendre l'esprit qui anime l'auteur.

Le Sel

Rien ne vous fera mieux comprendre le sens de la direction du travail du spagyriste que la préparation du sel.

« Prends, dit Crollius, du sel naturel de Cracovie ou sel de mer bien desséché, ou calciné si tu veux, environ quatre livres, jettes-y dessus de l'eau de pluie et puis fais une pâte de cela avec deux livres d'argile blanche et récente passée par le tamis de soie ; prends la masse ainsi faite et fais-en de petites boules rondes desquelles tu rempliras à demi une retorte bien lestée, les ayant auparavant fait sécher en un jour. A cette retorte joins un récipient assez ample, observant toujours les degrés du feu jusqu'à ce que le phlegme soit tout sorti. Sur la fin, pousse bien sur un feu violent, continue jusqu'à ce que tous les esprits de couleur blanche soient dehors. La distillation se fait ensuite de même façon que l'eau forte. »

« C'est une merveille, dit CROLLIUS, que cet esprit a une singulière antipathie et contrariété avec le sel commun », « à raison de la soif car c'est certain que le sel excite la soif, et au contraire l'esprit de ce sel la chasse, comme appert aux hydropiques auxquels il est donné ».

Ne savons-nous pas que *Natrum muriaticum* supprime la soif exagérée — par exemple, la polydipsie de certains diabétiques — et fait disparaître certains œdèmes. Et dans la description de CROLLIUS, ne retrouvons-nous pas les indications caractéristiques que tous les homœopathes connaissent bien : « Sécheresse de la bouche avec soif insatiable et désir de boire souvent de grandes quantités d'eau froide », « œdèmes partiels », surtout après un violent exercice.

« PARACELSE, écrit CROLLIUS, connaissait bien ses vertus car il donnait facilement cette liqueur, trois gouttes par mois, afin, disait-il, de renouveler le sang et le corps. »

Et CROLLIUS de multiplier les indications. Aux hydropiques, dans de l'eau d'absinthe ; aux migraineux, dans de l'eau de lavande, marjolaine ou sauge ; pour l'estomac, avec de l'eau de menthe, il redonne l'appétit perdu ; pour les douleurs du foie, avec de l'eau de laitue, de chicorée ou de chardon bénit, etc...

ANTIMOINE DIAPHORÉTIQUE

L'antimoine diaphorétique est une combinaison de mercure sublimé et d'antimoine. CROLLIUS en donne minutieusement la préparation : « C'est un spagyrique très excellent et de grande vertu, méritant tout seul d'être appelé de ce beau nom, πολυχρηστον, c'est-à-dire de grande utilité. »

Pensez aux remèdes polychrestes de HAHNEMANN.

« Ami lecteur, ajoute CROLLIUS, je te fais cadeau de bon cœur de ce secret, lequel m'a coûté pour le moins deux cents florins. »

LA DOCTRINE DES SIGNATURES

La *Doctrine des Signatures* se trouve exposée dans un petit recueil qui porte le titre suivant :

Des Signatures
et de la vraie Anatomie du Grand et du Petit Monde,
du Macrocosme et du Microcosme !

Entendez toujours anatomie non dans le sens d'une étude

analytique de l'homme, mais dans le sens de Paracelse, « étude de l'effigie », ou plutôt, observation de la forme.

Tout est dans tout, tout est signifié, tout peut être retrouvé.

Observons les formes qui nous entourent, étudions les rapports d'analogie qui les unissent, qui leur donnent un air de famille ; nous retrouverons ainsi aisément les liens qui unissent choses, plantes et animaux à l'homme ou mieux aux différentes parties de l'homme, membres ou organes. Nous établirons ainsi des correspondances que nous pourrons aisément retrouver, car elles sont *effigietæ*, exprimées, représentées.

Prenons des exemples.

Vous constaterez aussitôt combien Crollius avait raison en pensant aux applications thérapeutiques des substances étudiées.

Tête

Le pavot : tête et cervelet.

La noix : signature intégrale de la tête.

Écorce extérieure : tissu mou et chevelu, péricrâne.
Écorce intérieure : d'une dureté ligneuse, crâne.
Pellicules intérieures : méninges.

Substance nutritive : cerveau.

Le paeonia : tête et vaisseaux.

Nous connaissons tous l'action de *Opium* dans les affections cérébrales, de *Juglans regia* dans les troubles cérébraux : *Nucleus confortat cerebrum et caput patenter. Paeonia* est utilisé dans l'épilepsie.

Crollius passe en revue tous les organes du corps, opposant à chacun diverses plantes dont les fleurs, les feuilles ou les graines rappellent par leur forme celle de l'organe correspondant.

Aux oreilles : les feuilles d'asarum.

Aux yeux : les fleurs d'euphrasia, l'anthemis, la scabieuse, l'hieracium, la potentilla dont la fleur a tant d'analogie avec la pupille.

Aux gencives : le sedum qui croît sur les murailles.

Aux dents : hyosciamus, la jusquiame dont le réceptacle

floral peut être comparé au maxillaire, les fruits du pin qui présentent tant d'analogie avec les dents.

Au cœur : le citron, les racines d'anthora, les feuilles du melyssophyllon.

Au poumon : la pulmonaire.

Aux mamelles : les yeux des plumes de paon qui ont la forme des seins et qui, suivant CROLLIUS, ont une action remarquable sur les affections mammaires.

Aux intestins : calamus aromaticus, cassia fistula.

A la vessie : physalis alkekengi.

A la colonne vertébrale : l'equisetum.

Au tibia : le géranium.

Aux nerfs et aux veines : le plantago.

A la main : le palma christi, les feuilles du ficus.

CROLLIUS poursuit son étude analogique sur tous les plans. Il compare les phénomènes astronomiques et météorologiques aux phénomènes physiologiques. Il sait que l'homme est un être dont la forme variable correspond à un tempérament différent, il esquisse une étude comparative entre les animaux et les sujets humains dont les gestes et les attitudes, les qualités et les défauts sont similaires, étude que reprendra plus tard PORTA, et, plus près de nous, le peintre LEBRUN.

Il note enfin la correspondance qui unit les métaux et les astres :

SATURNE,	*Plumbum.*
JUPITER,	*Stannum.*
MARS,	*Ferrum.*
SOLEIL,	*Aurum.*
VÉNUS,	*Cuprum.*
MERCURE,	*Vif argent.*
LUNE,	*Argentum.*

Vous comprenez maintenant non seulement l'étendue de l'œuvre de CROLLIUS, mais aussi la profondeur de la pensée qui, dans ses observations, constamment le guide et le soutient.

Deux caractéristiques dominent l'œuvre de CROLLIUS : *la soumission de l'esprit scientifique, la vie intérieure nécessaire et productrice.* Sa constante préoccupation est de rapporter « à son divin maître » ses propres découvertes et de faire connaître ce qu'il appelle *l'accord harmonique de la nature.*

« C'est une grande tyrannie, ajoute-t-il, de tenir captifs en certains auteurs les esprits des étudiants, leur ôtant la liberté de chercher et de suivre la vérité. »

Kircher

En 1644 paraît un ouvrage considérable : *Le Monde souterrain*, dédié par le P. Athanase KIRCHER au pape ALEXANDRE III. KIRCHER fut, dans sa jeunesse, professeur à Avignon. Sa connaissance était universelle, ayant lu quantité d'auteurs hébreux, grecs, latins, arabes, qu'il cite dans leur propre langue. Du *Monde souterrain*, un livre nous intéresse particulièrement, le neuvième, le *Traité des Poisons*, dont notre érudit collègue et ami, le Dr EMERIT nous a présenté, le 17 janvier 1931, une remarquable étude à laquelle je ferai de larges emprunts (1).

— L'équilibre du monde, la « syncrasie », n'est assurée que par l'opposition harmonieuse de ses constituants, par l'analogie des contraires. *Si enim omnia bona et salubria forent, mundum perire necesse est : quemadmodum si omnes in mundo Sapientes aut Reges forent, politicum mundum pariter interire necesse foret.* Si, en effet, tout était bon et salubre, le monde périrait nécessairement : de même s'il n'y avait dans le monde que des sages ou des rois, le monde politique y trouverait aussi nécessairement sa fin.

— Le règne minéral, comme tout autre règne, est soumis à la corruption dont la modalité principale est la putréfaction (mot restreint dans son sens moderne), putréfaction causée par la chaleur du feu central. Il en résulte une génération de nouveaux poisons. Le poison libéré par le règne minéral va passer dans les plantes et les animaux auxquels il est syngénétique — συγγενειον. Le végétal vénéneux, la créature venimeuse, sacrifiables en apparence, acquièrent cependant par là une utilité fondamentale, et justement pour l'homme, puisqu'ils libèrent le sol, par leur succion continue, de sa qualité délétère (*continuo succu tenam a deletaria qualitate liberarent*), pour devenir, cet acte accompli, la nourriture et l'aliment d'autres êtres.

(1) Tous les alinéas commandés par un tiret ont été extraits du travail, très important et très documenté, du Dr J.-E. EMERIT, auquel nous renouvelons nos sincères félicitations pour sa belle étude.

— Les corollaires du professeur Kircher, dit le Dr Emerit, sont ceux que nous attendons :

1° Les combinaisons vénéneuses qui existent chez les plantes et les animaux préexistent chez les minéraux ;

2° Les animaux marins reçoivent leurs poisons par dissolutions, les animaux aériens par évaporations, cas particulier de l'influence du milieu.

Et l'auteur souligne à cette occasion que les poissons de mer sont, de tous les animaux, les moins venimeux, car le sel (entendez le *Natrum muriaticum* et non le principe philosophique) est contraire à la putréfaction.

— Parti du règne minéral le poison poursuit donc son ascension à travers les créatures végétales et animales grâce à la nécessité pour celles-ci d'avoir une alimentation qui leur soit propre : par l'intermédiaire de l'inéluctable nutrition, l'impersonnel inorganisé devient personnalité organique et les principes fondamentaux : Soufre, Mercure, Sel, idéalement envisagés, revêtent en biologie commune aux règnes non minéraux, de nouveaux caractères. Le *Soufre*, c'est la chaleur naturelle (dynamisme correspondant aux échanges entre l'être et son ambiance) ; le *Mercure*, c'est l'humide radical (principe générateur de l'isotonie humorale) ; le *Sel* enfin, c'est la substance fixe (trame alcalino-terreuse ou métallique de la constitution). Le poison original reste donc latent au sein de n'importe quel être, en dehors de toute vénénosité ou vénénosité manifeste du point de vue humain.

— Une espèce inoffensive lorsque ses trois principes sont en harmonie peut, en effet, sous l'influence de la putréfaction, due elle-même à une rupture d'équilibre des quatre éléments (feu, air, eau et terre) favoriser l'éclosion des « vers » ou de produits toxiques comparables à nos modernes ptomaïnes.

— Le professeur Kircher a bien compris les dangers qu'offrent tous ces petits ennemis habitués à cacher leur vilenie venimeuse dans les recessus de la peau : tiques, teignes, poux, puces, blattes, acares enfin. Et ce qui présente à nos yeux une singulière valeur, précise le Dr Emerit, c'est que le texte implique non seulement l'indispensable préparation de l'être infesté à la réception de ses hôtes indésirables, mais plus spécialement l'existence d'un déterminisme constant réglant les rapports du terrain et du parasite. De même que le charnier sous-jacent, dont les ptomaïnes retournent à l'arsenic primordial — arsenic philosophique sans doute, mais

contenant l'arsenic métalloïdique comme la graine contient la variété des rejetons — produira l'euphorbe ou la jusquiame et non la violette ou la pervenche, de même l'organisme intoxiqué rendra possible dans l'épaisseur de son derme la pullulation des poux ou des acares.

— KIRCHER écrit : *Tot sunt venenorum differentiæ quot sunt preniæ mineralium mixtorum differentiæ :* il existe autant de variétés de poisons que de variétés premières de mixtes minéraux. Suit une copieuse liste des principaux poisons des trois règnes, dans laquelle on peut relever les éléments fondamentaux de la matière médicale homœopathique, et reconnaître l'ancienneté de certains, comme *Sepia*, liquide excrété par la seiche pour n'en citer qu'un seul.

— Ayant solidement établi les bases de sa doctrine de la transmigration des poisons, le P. KIRCHER entre dans le vif de son sujet, et, dans un exposé qui pourrait servir de préface à nos meilleurs traités, prépare avec soin l'énoncé de lois qui vous étonneront peut-être et confèrent à la méthode que nous appliquons ses lettres de noblesse.

Quæ enim inter se summe pugnant, œdem genere participent necesse est ; alioquin pugna æqualis inter accidentia esse nequit. Quare venenum, alimentum et alexipharmacum apud Medicos idem habebunt genus : il est nécessaire, en effet, que les choses qui se combattent le plus *participent du même genre ;* du reste il ne peut exister de combat égal entre des adversaires qu'affronte le seul hasard. De ce fait le *poison*, l'*aliment* et l'*antidote*, du point de vue médical, participeront du même genre. Tout aliment contient un poison, mais il n'est pas de tels poisons qui ne puissent être convertis en remèdes (la vipère constitue le meilleur de la thériaque, le crapaud — *Bufo* — peut guérir la peste bubonique), ni, ce qui revient au même, de tels poisons qui ne puissent être antidotés par un autre poison : l'araignée antidote le venin du crapaud ; la tarentule écrasée et appliquée sous forme d'emplâtre neutralise les effets de sa propre morsure.

— Mais tous ces matériaux soigneusement recueillis n'auraient, au fond, que peu d'utilité s'ils ne devaient être classés selon la plus précieuse des méthodes, celle qui met en œuvre la *clef universelle de la sympathie et de l'antipathie.*

— Le P. KIRCHER range en un certain nombre de classes les causes de la sympathie et de l'antipathie : elles n'ont pas toutes la même valeur. Limité par le cadre de cette étude, je

ne vous citerai que les plus importantes, ou plutôt les plus accessibles aux conceptions modernes. C'est d'abord l'*actinobolisme*, à rapprocher de l'énergie radiante, *quam proprie magneticam dicimus. Le poison employé comme remède attire et extrait*, neutralise, dirait-on plutôt, par sympathie magnétique, *le poison semblable qui cause la maladie.*

— Si l'apparition du poison dans la plante est rigoureusement déterminée par les analogies principielles du végétal d'une part, et par le terrain sur lequel il croît d'autre part, la virulence d'un animal demeure soumise à des lois identiques, celles des sympathies et des antipathies. L'antidotisme entre poisons, phénomène antipathique à première vue, se résume en définitive à la sympathie qui va les unir pour la formation d'un nouveau mixte. Et il est frappant de constater qu'après avoir opposé le venin du crapaud à celui de l'araignée par exemple, l'auteur cite, sur le même plan, une réaction de chimie minérale : « Si l'on précipite la préparation appelée extrait radical de vinaigre (voisine de l'acide acétique moderne) dans une solution de litharge, on verra comment cette solution qui est contraire (antipathique) au vinaigre, non seulement détruit aussitôt la propriété vénéneuse latente dans la litharge, mais rend la solution complètement lactescente, après la destruction de tout le poison, exactement comme on peut penser que le phénomène se produit lorsqu'il existe antipathie entre poisons (1).

Ne trouve-t-on pas ici, dit notre ami Emerit, la preuve que la tradition connaissait l'analogie entre les réactions de la chimie minérale et de la chimie organique, et cette précipitation ne décrit-elle pas au fond le même processus que la floculation et l'agglutination?

— Dans une deuxième section du *Livre des Poisons*, le professeur Kircher envisage spécialement la naissance du poison chez l'homme et les troubles qui en résultent, c'est-à-dire les maladies. Aux temps lointains de la félicité paradisiaque, la plus parfaite harmonie régnait entre l'homme et les mixtes ; mais, après la chute, *les lois de la symétrie ayant*

(1) *Siquis acetum, quod radicatum vocant, in aqua lythargyrii præcipitarit, videbit quomodo aqua lythargyrii aceto contrarii, statim proprietatem veneni in lythargyrio latentem non duntaxat destruat, sed prorsus in lacteum colorem omni consumpto veneno convertat, simili prorsus modo in antipathia venenorum fieri censeas.*

été rompues, commencent l'antipathie des éléments et la dyscrasie (δισκρασια) des humeurs ; chaque aliment pris par l'homme contient quelque partie contraire à sa nature : *ubi mel, ibi fel ; ubi uber, ibi tuber :* où est le miel, là est le fiel ; où est le sein, là est la tumeur. Mais, par la grâce du verbe, *ubi morbus, ibi etiam medicamentum morbo illi opportunum :* où est la maladie, là aussi est le remède opportun à cette maladie.

— Et le professeur Kircher peut enfin révéler les *lois fondamentales de toute thérapeutique*, codifiées selon la tradition en un langage clair et précis, dont le latin scientifique aurait à peine besoin d'être transposé en français moderne :

Règle I. — Tous les minéraux qui « symbolisent », c'est-à-dire présentent un rapport symbolique par leurs propriétés avec quelque autre poison minéral, peuvent, préparés selon le rite, servir de médicament antidote au poison qui a été absorbé.

Règle II. — Toutes les plantes qui, pour ce qui touche à leurs propriétés naturelles présentent un rapport symbolique avec les propriétés d'un poison absorbé, toutes ces plantes, par le fait d'un certain magnétisme qui leur est inhérent, préparées selon le rite et l'art spagyriques, servent à chasser ce poison.

Règle III. — Les organes de tous les serpents, insectes et autres animaux venimeux, préparés selon l'art spagyrique, servent de remèdes à leur propre poison introduit chez l'homme soit par morsure, soit par quelque autre voie.

Règle IV. — Toutes les plantes qui, par leurs propriétés, présentent un rapport symbolique avec quelque poison d'origine animale, celles-ci aussi, préparées, peuvent être le remède du poison transfusé.

— Tel est donc ce puissant magnétisme de la nature, par lequel aux corpuscules mercuriaux les mercuriaux, aux sulfuleux les sulfureux, aux arsenicaux les arsenicaux, aux salins les salins, dont tout est constitué, se joignent en quelque admirable étreinte, réunissent invinciblement leurs courants, se recherchent avec avidité ; de leur confluence résultent le salut et la santé de l'homme ; il est en effet possible qu'un corps vénéneux soit expurgé de toutes ses impuretés, et

dans cet état se dirige vers ce qui lui est analogue et syngénétique, et l'attire en quelque sorte par ce qu'il y a de plus puissant dans son affinité élective.

Toute l'Homœothérapie, de l'Homœopathie proprement dite aux séro-vaccinothérapies est contenue dans ces lignes et l'on reste étonné de n'avoir jamais entendu parler de KIRCHER dans l'historique des doctrines soi-disant modernes.

Et, ajoute le Dr EMERIT, il appartenait à KIRCHER, en confrontant dans ses tableaux synoptiques les signatures traditionnelles avec des syndrômes soigneusement isolés, de jeter un pont entre PARACELSE, énorme comme le passé, et HAHNEMANN précis et limité comme un point du présent. Il appartenait à KIRCHER de mettre sur le même plan les deux qualités indispensables du véritable remède : l'analogie et la préparation spagyrique, dont la dynamisation infinitésimale, la seule révélation proprement hahnemanienne, représente un cas particulier.

III. — *HAHNEMANN ET LA DOCTRINE HOMŒOPATHIQUE*

Samuel HAHNEMANN naît le 10 avril 1755, à Meissen, en Saxe. Il meurt à Paris, le 2 juillet 1843. Vie féconde et toujours agitée ! De nombreuses tribulations assaillent ce génie dont l'activité laborieuse ne cesse pas un instant, malgré les multiples attaques dont il est l'objet et les déplacements successifs que lui impose sa destinée, car HAHNEMANN, dans le cours de son existence, change soixante-cinq fois de résidence. La mort n'interrompt pas ses périgrinations. Inhumée d'abord au cimetière Montmartre, sa dépouille fut, plus tard, transportée au Père Lachaise où un monument de marbre rouge atteste la fidélité et la reconnaissance de ses disciples.

« Si l'Homœopathie peut venir à Paris, disait-il un jour, elle est sauvée. » Paris, lumière du monde, Paris où les idées venues de partout puisent la vitalité nécessaire à leur rayonnement, à leur diffusion, Paris accueillit avec enthousiasme, en 1835, le maître dédaigné de ses élèves, méprisé par ses compatriotes. « Cependant l'Académie de Médecine, émue de l'approche du fondateur de l'Homœopathie, pria Guizot, alors

ministre, d'interdire au médecin étranger l'exercice de sa méthode. » La réponse de Guizot dénote une clairvoyante largeur de vues :

« HAHNEMANN est un savant de grand mérite. La science doit être pour tous. Si l'Homœopathie est une chimère ou un système sans valeur propre, elle tombera d'elle-même. Si elle est, au contraire, un progrès, elle se répandra malgré toutes nos mesures de préservations et l'Académie doit le souhaiter avant tout autre, elle qui a la mission de faire avancer la science et d'encourager les découvertes. »

L'œuvre de HAHNEMANN est considérable, car son esprit constructeur et réfléchi, doué d'une observation pénétrante aiguë, n'admettait pas le désordre. Sa conscience élevée le poussait à étudier les moindres faits qui parvenaient à sa connaissance et son bon sens pratique l'obligeait à mettre au clair le « diffus » et à ordonner, suivant l'expression médiévale, le « chaos ». La loi de Similitude énoncée par HIPPOCRATE est soumise à une étude minutieuse et approfondie par les savants du moyen âge dont l'obsession constante était de rechercher les rapports d'analogie qui unissaient le macrocosme au microcosme, la loi de Similitude fut pour HAHNEMANN le principe directeur de ses conceptions médicales.

C'est en 1810 qu'il publie l'*Exposition de la doctrine médicale homœopathique* ou *Organon de l'Art de guérir*, dans lequel il expose la doctrine de l'Homœopathie. De 1811 à 1821, il fait paraître la *Matière médicale pure* en six parties et, en 1828, le *Traité des maladies chroniques.*

1° La doctrine homœopathique

Guérir est avant tout le but de HAHNEMANN. Nous retrouvons chez lui le même souci qui anime HIPPOCRATE, les mêmes intentions qui orientent les recherches médiévales. « La première, l'unique vocation du médecin, est de rendre la santé aux personnes malades, c'est ce qu'on appelle guérir. » Tel est le premier paragraphe de l'*Organon.*

Pour HAHNEMANN, « il n'y a que la force vitale désaccordée qui produise les maladies » (1) et il ajoute :

« De tous les changements morbides invisibles qui sur-

(1) *Organon*, § 12.

viennent dans l'intérieur du corps et dont on peut opérer la guérison, il n'en est aucun que des signes et des symptômes ne fassent reconnaître à l'observateur attentif. Ainsi l'a voulu la bonté infiniment sage du souverain conservateur de la vie des hommes. »

Vous trouverez l'idée directrice des savants du moyen âge : Tout est dans tout, tout est signifié, tout peut être retrouvé.

§ 23. — Mais comme on ne découvre, dans les maladies, autre chose qu'il faille leur enlever, pour les convertir en santé, que l'ensemble de leurs signes et symptômes, comme on n'aperçoit non plus dans les médicaments rien autre chose de curatif que leur faculté de produire des symptômes morbides chez des hommes bien portants et d'en faire disparaître chez les malades, il suit de là que les médicaments ne prennent le caractère de remèdes et ne deviennent capables d'anéantir des maladies, qu'en excitant certains accidents et symptômes, ou, pour s'exprimer plus clairement, une certaine maladie artificielle qui détruit les symptômes déjà existants, c'est-à-dire la maladie naturelle qu'on veut guérir. Il s'ensuit aussi que, pour anéantir la totalité des symptômes d'une maladie, il faut chercher un médicament qui ait de la tendance à produire des symptômes semblables ou contraires, suivant qu'on a appris par l'expérience que la manière la plus facile, la plus certaine et la plus durable d'enlever les symptômes de la maladie et de rétablir la santé, est d'opposer à ces derniers des symptômes médicinaux semblables ou contraires.

§ 24. — Il ne reste donc d'autre manière d'employer avec avantage les médicaments contre les maladies, que de recourir à la méthode homœopathique, dans laquelle on cherche, pour le diriger contre l'universalité des symptômes du cas morbide individuel, celui d'entre tous les médicaments dont on connaît bien la manière d'agir sur l'homme en santé, qui possède la faculté de produire la maladie artificielle la plus ressemblante à la maladie naturelle qu'on a sous les yeux.

§ 25. — Mais le seul infaillible oracle de l'art de guérir, l'expérience pure, nous apprend, dans tous les essais faits avec soin, qu'en effet le médicament qui, en agissant sur des hommes bien portants, a pu produire le plus de symptômes semblables à ceux de la maladie dont on se propose le traitement, possède réellement aussi, lorsqu'on l'employe à des doses suffisamment atténuées, la faculté de détruire d'une

manière prompte, radicale et durable, l'universalité des symptômes de ce cas morbide, c'est-à-dire la maladie présente toute entière ; elle nous apprend que tous les médicaments guérissent les maladies dont les symptômes se rapprochent le plus possible des leurs, et que, parmi ces dernières, il n'en est aucune qui ne leur cède.

§ 26. — Ce phénomène repose sur la loi naturelle de l'Homœopathie, loi méconnue jusqu'à présent, quoi qu'on en ait eu quelque vague soupçon et qu'elle ait été dans tous les temps le fondement de toute guérison véritable, savoir, qu'une affection dynamique, dans l'organisme vivant, est éteinte d'une manière durable par une plus forte, lorsque celle-ci, sans être de même espèce qu'elle, lui ressemble beaucoup quant à la manière dont elle se manifeste.

Hahnemann expose alors minutieusement la nouvelle thérapeutique qu'il a imaginée, fondée sur la loi de Similitude et qui consiste à donner au malade — à petites doses — la substance qui, expérimentée sur l'homme sain, reproduit les symptômes observés.

Le génie du maître fut de comprendre le *rôle nécessaire de l'expérimentation* et de mettre en évidence l'*action thérapeutique de la dose infinitésimale* en indiquant la technique de sa préparation. L'orientation de sa pratique le conduisit à l'observation minutieuse du malade, observation toujours dirigée, non dans la recherche d'une étiologie problématique des troubles morbides considérés, mais bien dans la détermination du remède guérisseur.

a) *L'EXPÉRIMENTATION PURE*

§ 118. — Chaque médicament produit des effets particuliers dans le corps de l'homme et nulle autre substance médicinale ne peut en faire naître qui soient exactement semblables.

§ 119. — De même que chaque espèce de plante diffère de toutes les autres dans sa configuration, son mode propre de végéter et de croître, sa saveur et son odeur, de même que chaque minéral, chaque sel, diffère des autres par rapport à ses qualités extérieures et à ses propriétés chimiques, circonstance qui aurait déjà dû suffire seule pour éviter toute confusion, de même aussi tous ces corps diffèrent entre eux à l'égard de leurs effets morbifiques et par conséquent de leurs

effets curatifs. Chaque substance exerce sur la santé de l'homme une influence particulière et déterminée, qui ne permet pas qu'on la confonde avec une autre.

§ 120. — Il faut donc bien distinguer les médicaments les uns des autres, puisque c'est d'eux que dépendent la vie et la mort, la maladie et la santé des hommes. Pour cela, il est nécessaire de faire avec soin des expériences pures, ayant pour objet de dévoiler les facultés qui leur appartiennent et les véritables effets qu'ils produisent chez les personnes bien portantes. En procédant ainsi, on apprend à les bien connaître et à éviter toute méprise dans leur application au traitement des maladies, car il n'y a qu'un remède bien choisi qui puisse rendre au malade, d'une manière prompte et durable, le plus grand des biens de la terre : la santé du corps et de l'âme.

§ 121. — Quand on étudie les effets des médicaments sur l'homme bien portant, on ne doit pas perdre de vue qu'il suffit d'administrer les substances dites héroïques à des doses peu élevées, pour qu'elles produisent des changements dans la santé même des personnes robustes. Les médicaments d'une nature plus douce doivent être donnés à des doses plus élevées, quand on veut aussi éprouver leur action. Enfin, lorsqu'il s'agit de connaître celle des substances les plus faibles, on ne peut choisir, pour sujets d'expérience, que des personnes exemptes de maladie, il est vrai, mais douées cependant d'une constitution délicate, irritable et sensible.

§ 122. — Dans les expériences de ce genre, d'où dépendent la certitude de l'art de guérir et le salut de toutes les générations à venir, on n'emploiera que des médicaments qu'on connaisse bien, et à l'égard desquels on ait la conviction qu'ils sont purs, qu'ils n'ont point été falsifiés, qu'ils possèdent toute leur énergie.

Ainsi se trouve clairement exposée la méthode de l'expérimentation pure, telle que l'entendait Hahnemann.

Toute substance animale, végétale, minérale, peut devenir un remède actif. Sans doute, il est nécessaire de connaître ses propriétés physiques, chimiques, biologiques, mais ce ne sont pas celles qui donneront au médecin homœopathe l'indication de son emploi. Toute substance envisagée comme remède possible sera expérimentée sur l'individu sain.

L'expérimentation sera conduite « naturellement » ; la substance sera administrée *à petites doses* par la bouche. Tous

les symptômes qui se manifesteront, subjectifs ou objectifs, seront immédiatement notés autant que possible dans leur ordre chronologique d'apparition. Ainsi se développera une maladie expérimentale dont les signes provoqués constitueront les éléments caractéristiques du futur remède, sources précieuses de documentation pour le médecin homœopathe. Tout remède, ainsi étudié, présente un ensemble de signes dont la réunion est appelée « pathogénésie ». Le recueil des pathogénésies de chaque remède constitue la *Matière médicale homœopathique.*

Hahnemann étudie ainsi 61 remèdes qui furent expérimentés soit sur lui-même, soit sur ses élèves ou sur des personnes de bonne volonté. Les premières expériences furent celles qui furent faites avec le quinquina. « Le quinquina qui détruit la fièvre provoque chez le sujet sain des apparences de fièvre » écrit-il en 1789. Il étudie aussitôt après divers remèdes, notamment l'ipéca et l'arsenic, et arrive à la conclusion suivante : « Les substances qui produisent un genre de fièvre font disparaître le type de la fièvre intermittente. » Plus tard, multipliant ses recherches expérimentales, il publie sa *Matière médicale*, recueil touffu de tous les symptômes subjectifs et objectifs qui peuvent être provoqués par de nombreuses substances.

Dès lors, le médecin homœopathe est armé. Sans doute les pathogénésies ne sont pas claires, les caractéristiques essentielles de chaque remède ne sont pas encore nettement dégagées, les symptômes importants ne sont pas valorisés, mais le médecin possède enfin un guide exact et certain pour la détermination de sa thérapeutique. Il n'a plus à comprendre le sens caché d'un arcane ou à méditer sur la composition mystérieuse d'un électuaire et le mode de son application. Il possède de chaque remède un ensemble de signes qu'il devra chercher à retrouver sur chaque malade soumis à son observation.

Sunt effigietur morbii. Les maladies sont représentées, sont dessinées, proclamaient les thérapeutes du moyen âge. Les remèdes sont aussi, pour la première fois, à leur tour, représentés.

b) *L'OBSERVATION HAHNEMANNIENNE*

§ 7. — La totalité des symptômes est la principale ou la seule chose dont le médecin doive s'occuper dans un cas

morbide individuel quelconque, la seule qu'il ait à combattre par le pouvoir de son art, afin de guérir la maladie et de la transformer en santé.

Ainsi la thérapeutique de Hahnemann se présente comme une thérapeutique essentiellement symptômatique. Quelle que soit la maladie considérée, le médecin homœopathe doit trouver le remède utile car ce dernier n'est pas déterminé par la nature de la maladie, par la cause des troubles observés, mais bien par l'aspect offert par les réactions morbides, par la forme que présentent les manifestations observées.

§ 13. — De cette vérité indiscutable que, hors de l'ensemble des symptômes, il n'y a rien à trouver dans les maladies par quoi elles soient susceptibles d'exprimer le besoin qu'elles ont de secours, nous devons conclure, dit Hahnemann, qu'il ne peut point y avoir d'autres indications du remède à choisir que la somme des symptômes observés pour chaque cas individuel.

Cette somme de symptômes, Hahnemann la recherche avec la plus grande attention. Écoutez les principes généraux qui doivent guider notre observation :

§ 84. — Le malade fait le récit du développement de ses souffrances ; les personnes qui l'entourent racontent de quoi il s'est plaint, comment il s'est comporté et ce qu'elles ont remarqué en lui. Le médecin voit, écoute, en un mot observe avec tous ses sens ce qu'il y a de changé et d'extraordinaire chez le malade. Il inscrit tout sur le papier dans les termes mêmes dont ce dernier et les assistants se sont servis. Il les laisse achever sans les interrompre, à moins qu'ils ne se perdent dans des digressions inutiles. Il a soin seulement, en commençant, de les exhorter à parler avec lenteur, afin de pouvoir les suivre en écrivant ce qu'il croit nécessaire de noter.

§ 85. — A chaque nouvelle circonstance que le malade ou les assistants rapportent, le médecin commence une autre ligne, afin que les symptômes soient tous écrits séparément, les uns au-dessous des autres. En procédant ainsi, il aura, pour chacun d'eux, la facilité d'ajouter aux renseignements vagues qui lui auraient été communiqués de prime abord, les notions plus rigoureuses qu'il pourrait acquérir ensuite.

§ 86. — Quand le malade et les personnes qui l'entourent ont achevé ce qu'ils avaient à dire de leur propre impulsion, le médecin prend des informations plus précises sur le compte

de chaque symptôme et procède à cet égard de la manière suivante. Il relit tous ceux qu'on lui a signalés et s'appesantit sur chacun d'eux en particulier. Il demande par exemple : A quelle époque tel accident a-t-il eu lieu? Etait-ce avant l'usage des médicaments que le malade a pris jusqu'à présent ou pendant qu'il les prenait, ou seulement quelques jours après qu'il en a cessé l'emploi? Quelle douleur, quelle sensation, exactement décrite, s'est manifestée en telle partie du corps? Quelle place occupait-elle au juste? La douleur se faisait-elle sentir par accès seulement? ou bien était-elle continuelle et sans relâche? Combien de temps durait-elle? A quelle époque du jour ou de la nuit et dans quelle situation du corps était-elle la plus violente ou cessait-elle tout à fait? Quel était le caractère exact de tel accident, de telle circonstance? Tous ces renseignements doivent être notés en termes clairs et précis.

§ 87. — Le médecin se fait préciser ainsi chacun des indices qu'on lui avait donnés d'abord, sans que jamais ses questions soient conçues de manière à dicter en quelque sorte la réponse ou à mettre le malade dans le cas de n'avoir à répondre que par oui ou par non. Agir autrement, ce serait exposer celui qu'on interroge à nier ou à affirmer, par indifférence ou pour complaire au médecin, une chose ou fausse ou à moitié vraie seulement, ou tout à fait différente de ce qui a eu lieu réellement. Or, il résulterait de là un tableau infidèle de la maladie et, par suite, un mauvais choix de moyens curatifs.

N'oublions pas non plus le sage avis du maître concernant l'observation des maladies chroniques.

§ 95. — En effet, c'est dans ces maladies qu'ils sont le plus prononcés, qu'ils ressemblent le moins à ceux des affections aiguës et qu'ils demandent à être étudiés avec le plus de soin si l'on veut que le traitement réussisse. D'un autre côté, les malades ont tellement pris l'habitude de leurs longues souffrances, qu'ils font peu ou point d'attention à de petits symptômes souvent caractéristiques et même décisifs, par rapport au choix du remède, les regardant pour ainsi dire comme liés d'une manière nécessaire à leur état physique comme faisant partie de la santé, dont ils ont oublié le véritable sentiment, depuis quinze ou vingt années qu'ils souffrent, et à l'égard desquels ils ne leur vient même pas dans la pensée que la

moindre connexion puisse exister entre eux et l'affection principale.

Les maladies chroniques ont été, pendant toute la vie de Hahnemann, l'objet de ses constantes recherches et il est particulièrement intéressant de constater que le maître, tout en attachant une importance considérable à l'observation des symptômes qui constituaient en réalité toute la signification de sa thérapeutique, poursuivait avec opiniâtreté l'étude de l'origine des maladies.

§ 78. — Les véritables maladies chroniques naturelles sont celles qui doivent naissance à un *miasme chronique*, qui font incessamment des progrès lorsqu'on ne leur oppose pas des moyens curatifs spécifiques contre elles.

Les « miasmes » de Hahnemann rappellent les « poisons » de Kircher. Un siècle plus tard, les « toxines » et les « ultra-virus » feront leur apparition. Ainsi dans l'étude de l'évolution des idées, ne doit-on jamais sourire ni critiquer hâtivement les précurseurs, dont l'esprit, soutenu par une intuition géniale, ne peut exprimer un jugement que dans les seuls termes dont ils peuvent, à leur époque, disposer. Il est hors de doute que Hahnemann avait compris l'origine cachée, profonde, des maladies chroniques et qu'il la rapportait à une force inconnue, qu'il appelait miasme, voulant ainsi exprimer les transmissions auxquelles il lui était donné d'assister et dont la raison apparaîtra pour la première fois, objective et figurée, dans les travaux de Pasteur et de ses élèves.

Pour Hahnemann, trois maladies se partagent l'humanité : la syphilis, la sycose, la psore.

§ 79. — Parmi ces maladies miasmatiques chroniques qui, lorsqu'on ne les guérit pas, ne s'éteignent qu'avec la vie, la seule qu'on ait connue jusqu'à présent est la syphilis. La sycose, dont la force vitale ne peut également point triompher seule, n'a pas été considérée comme une maladie miasmatique chronique interne, formant une espèce à part, et on la croyait guérie après la destruction des excroissances à la peau, ne faisant pas attention que son foyer ou sa source existait toujours.

§ 80. — Mais un miasme chronique incomparablement plus important que ces deux-là, c'est celui de la psore. Les deux autres décèlent l'affection interne spécifique d'où ils découlent l'un par des chancres, l'autre par des excroissances en forme de

choux-fleurs. Ce n'est non plus qu'après avoir infecté l'organisme entier que la psore annonce son immense miasme chronique interne par une éruption cutanée toute particulière, qu'accompagnent un prurit voluptueux insupportable et une odeur spéciale. Cette psore est la seule cause fondamentale et productive des innombrables formes morbides qui, sous les noms de faiblesse nerveuse, hystérie, hypochondrie, manie, mélancolie, démence, fureur, épilepsie ou spasmes de toute espèce, ramollissement des os ou rachitisme, scoliose et cyphose, carie, cancer, fongus hématode, tissus accidentels, goutte, hémorroïdes, jaunisse ou cyanose, hydropisie, aménorrhée, gastrorrhagie, épistaxis, hémoptysie, hématurie, métrorrhagie, asthme et suppuration des poumons, impuissance et stérilité, migraine, surdité, cataracte et amaurose, gravelle, paralysie, abolition d'un sens, douleurs de toute espèce, etc..., figurent dans les pathologies comme autant de maladies propres, distinctes et indépendantes les unes des autres.

§ 81. — Le passage de ce miasme à travers des millions d'organismes humains, dans le cours de quelques centaines de générations et le développement extraordinaire qu'il a dû acquérir par là, expliquent jusqu'à un certain point comment il peut maintenant se déployer sous tant de formes différentes, surtout si l'on a égard au nombre infini des circonstances qui contribuent ordinairement à la manifestation de cette grande diversité d'affections chroniques (symptômes secondaires de la psore) sans compter la variété infinie des complexions individuelles. Il n'est donc pas surprenant que des organismes si différents, pénétrés du miasme psorique et soumis à tant d'influences nuisibles, extérieures et intérieures, qui souvent agissent sur eux d'une manière permanente, offrent aussi un nombre incalculable d'affections, d'altérations et de maux, que l'ancienne pathologie a jusqu'à présent cités comme autant de maladies distinctes en les désignant sous une multitude de noms particuliers.

Pour Hahnemann, la psore est la maladie chronique la plus répandue, celle qui domine toutes les autres. A la psore se rattache la phtisie qui sera plus tard la tuberculose ; le cancer n'est qu'une conséquence de la sycose ; la syphilis est une maladie bien connue : « Il m'a fallu douze années de recherches pour trouver la source de ce nombre incroyable d'affections chroniques, découvrir cette grande vérité, demeu-

rée inconnue à tous nos prédécesseurs et contemporains, établir les bases de sa démonstration et reconnaître en même temps les principaux moyens curatifs propres à combattre toutes les formes de ce monstre à mille têtes. »

Certains critiques malveillants, ou peu instruits, ont voulu rattacher la psore de HAHNEMANN à la gale produite par le sarcopte bien connu et donner à penser que le maître, dans son esprit, rattachait toutes les maladies chroniques de cause inconnue à la disparition de cette gale sous l'influence de pommades ou d'onguents ; la psore ne serait qu'une gale rentrée. Leur ignorance des écrits hahnemanniens est leur réelle excuse et il est regrettable que leur érudition incomplète ne se soit pas étendue aux textes du moyen âge. Alors ils auraient compris l'étonnement des vieux auteurs devant ces éruptions violentes ou torpides, ces plaies chroniques, ces ulcères variqueux ou phagédéniques dont la guérison inespérée par des onguents de composition mystérieusement compliquée, était suivie d'accidents redoutables entraînant parfois la mort du patient. Ils auraient peut-être saisi l'intérêt des recherches patientes auxquelles se livraient ces savants devant lesquels tuberculose, syphilis, lèpre, gale, cancer, eczéma, étalaient leurs manifestations extérieures dont il ne pouvait déterminer expérimentalement l'origine exacte et vraie.

Transposons maintenant leur jugement à notre époque. Nous connaissons mieux la tuberculose, encore que le bacille de KOCH ait été récemment détrôné par l'ultra-virus ; le tréponème nous donne la raison de la syphilis, mais ne nous apporte aucune notion nouvelle thérapeutique ; le cancer reste toujours mystérieux et nos maîtres, hier comme aujourd'hui, ne connaissent qu'une explication raisonnable à toute affection chronique persistante et de cause inconnue : l'arthritisme, que ses modalités s'expriment par des troubles rhumatismaux, endocriniens ou sympathiques. Évolution saisissante : les maladies de peau voient leur domaine de plus en plus réduit, car leurs manifestations sont actuellement souvent rattachées à l'auto-intoxication.

Arthritisme, intoxination transmise ; auto-intoxication, intoxination acquise, telles sont les dénominations modernes de la psore de HAHNEMANN qui avait un mérite que n'offrent pas les conceptions modernes, celui de présenter en contre-

partie des multiples accidents observés, un traitement rationnel, logique, pour chaque malade rigoureusement déterminé, traitement « antipsorique » qui mettrait en jeu, sur des indications exactes et certaines, des remèdes dits « antipsoriques », appelés aussi « polychrestes ». Vous reconnaissez cette expression employée par Crollius quand il parle de l'antimoine diaphorétique.

Ainsi nous voyons se dessiner toute la grandeur des conceptions de Hahnemann. La thérapeutique hahnemannienne n'est pas purement symptomatique, elle tend à rechercher les causes profondes des maladies et, tout en adaptant à chaque malade le remède déterminé par les symptômes particuliers au sujet, elle tient compte de l'origine des troubles observés afin de pouvoir, en quelque sorte, prévenir l'évolution morbide du sujet.

Hahnemann avait reconnu que les « alternances morbides », — déjà signalées par Hippocrate — qui se succèdent chez un même sujet, doivent être considérées non comme des maladies différentes, mais bien comme étant dues à la même cause, souvent la psore. Hahnemann avait montré comment une maladie nouvelle peut faire disparaître une ancienne.

§ 26. — Une affection dynamique dans l'organisme vivant est éteinte d'une manière durable par une plus forte, lorsque celle-ci, sans être de même espèce qu'elle, lui ressemble beaucoup quant à la manière dont elle se manifeste.

Hahnemann connaissait bien les redoutables effets des associations morbides.

§ 232. — Les maladies alternantes sont également diversifiées, mais elles appartiennent toutes à la grande série des chroniques. La plupart sont un résultat du développement de la psore, quelquefois, mais rarement compliquée avec un miasme syphilitique. C'est pourquoi on les guérit dans le premier cas par des médicaments antipsoriques, dans le second cas par des médicaments antipsoriques alternant avec des médicaments antisyphilitiques.

Enfin, n'oublions pas la recommandation du maître concernant les maladies épidémiques :

§ 241. — Chaque épidémie spéciale a son caractère propre, commun à tous les individus qu'elle attaque et qui, lorsqu'on l'a reconnu d'après l'ensemble des symptômes communs à

tous les malades, indique le remède homœopathique ou spécifique convenable aussi dans la totalité des cas.

Ainsi le « génie épidémique », par des manifestations semblables, nous donne l'indication thérapeutique.

Nous comprenons maintenant toute l'étendue de la doctrine de HAHNEMANN dont la thérapeutique — encore que fondée sur l'observation rigoureuse des symptômes — n'exclut pas les notions de l'origine profonde des maladies et de leur évolution. Étudions maintenant la pratique du maître, la préparation et l'administration de la dose infinitésimale.

2° La pratique hahnemanienne

§ 25. — Le seul infaillible oracle de l'art de guérir, dit HAHNEMANN, l'expérience pure, nous apprend, dans tous les essais faits avec soin, qu'en effet le médicament qui, en agissant sur des hommes bien portants a pu produire le plus de symptômes semblables à ceux de la maladie dont on se propose le traitement, possède réellement aussi, lorsqu'on l'emploie à des doses suffisamment atténuées, la faculté de détruire d'une manière prompte, radicale et durable, l'universalité des symptômes dans ce cas morbide, c'est-à-dire la maladie présente tout entière.

a) *PRÉPARATION*

HAHNEMANN nous indique comment il faut procéder pour obtenir ces « doses suffisamment atténuées. » Il insiste d'abord sur la nécessité d'obtenir des matières premières pures.

§ 226. — Les substances provenant du règne animal et du règne végétal ne jouissent pleinement de leurs vertus médicinales que quand elles sont crues.

Par là il entend rejeter comme mauvaises et dépourvues de qualité curative toutes les plantes séchées, donc les produits fermentés.

§ 267. — La matière parfaite et la plus certaine de s'emparer de la vertu médicinale des plantes indigènes et qu'on peut se procurer fraîches, consiste à en exprimer le suc, qu'aussitôt on mêle exactement avec parties égales d'alcool. On laisse le mélange en repos pendant vingt-quatre heures, dans un flacon bouché, et après avoir décanté la liqueur claire, au

fond de laquelle se trouve un sédiment fibreux et albumineux, on la conserve pour l'usage de la médecine. L'alcool ajouté au suc s'oppose au développement de la fermentation, pour le présent comme pour l'avenir. On tient la liqueur à l'abri des rayons du soleil, dans des flacons de verre bien bouchés. De cette manière, la vertu médicinale des plantes se conserve entière, parfaite et sans la moindre altération.

§ 268. — Quant aux plantes, écorces, graines et racines exotiques, qu'on ne peut avoir à l'état frais, un médecin sage n'en acceptera jamais la poudre sur la foi d'autrui. Avant d'en faire usage dans sa pratique, il voudra les avoir entières et non préparées, afin de pouvoir se convaincre de leur pureté.

Enfin, entrant dans la technique de la préparation des dilutions, il indique explicitement son procédé :

§ 270. — On prend deux gouttes de mélange à parties égales d'un suc végétal frais avec de l'alcool, on les fait tomber dans quatre-vingt-dix-huit gouttes d'alcool et on donne deux fortes secousses au flacon contenant le liquide. On a ensuite vingt-neuf autres flacons aux trois quarts remplis de quatre-vingt-dix-neuf gouttes d'alcool, et dans chacun desquels on verse successivement une goutte du liquide contenu dans le précédent, en ayant soin de donner deux secousses à chaque flacon. Le dernier ou le trentième, renferme la dilution au décillionième degré de puissance, celle qu'on emploie le plus souvent.

§ 271. — Toutes les autres substances destinées aux usages de la médecine homœopathique, à l'exception du soufre qui a été, dans ces dernières années, préparé en teinture et porté à la trentième dilution, c'est-à-dire les métaux purs, les oxydes et les sulfures métalliques, les autres substances minérales, les sels neutres et autres, etc..., sont amenés au millionième degré d'atténuation pulvérulente, par un broiement qui dure trois heures : après quoi on dissout un grain de la poudre et l'on traite la dissolution dans vingt-sept flacons successifs de la même manière qu'on fait à l'égard des sucs végétaux afin de l'amener jusqu'au trentième degré du développement de sa puissance.

b) *MODE D'EMPLOI*

§ 275. — L'appropriation d'un médicament à un cas donné de maladie ne se fonde pas seulement sur son choix parfaite-

ment homœopathique, mais encore sur la précision ou plutôt sur l'exiguité de la dose à laquelle on le donne. Si on administre une dose trop forte d'un remède même tout à fait homœopathique, elle nuira infailliblement au malade, quoique la substance médicinale soit salutaire de sa nature ; car l'impression qui en résulte est trop forte et d'autant plus vivement sentie, qu'en vertu de son caractère homœopathique, le remède agit précisément sur les parties de l'organisme qui ont déjà le plus ressenti les atteintes de la maladie naturelle.

§ 247. — Sous ces conditions, les doses minimes d'un remède parfaitement homœopathique peuvent être répétées avec un succès marqué, souvent incroyable, à des distances de quatorze, douze, dix, huit et sept jours. On peut même les rapprocher davantage dans les maladies chroniques qui diffèrent peu des affections aiguës et qui demandent qu'on se hâte. Les intervalles peuvent diminuer encore dans les maladies aiguës et se réduire à vingt-quatre, douze, huit et quatre heures. Enfin, ils peuvent être d'une heure et même de cinq minutes seulement dans les affections extrêmement aiguës. Le tout est réglé d'après la rapidité plus ou moins grande du cours de la maladie et de l'action du médicament qu'on emploie.

Mais il est un point sur lequel HAHNEMANN insiste tout particulièrement : l'*aggravation médicamenteuse.*

§ 157. — Mais, quoiqu'il soit certain qu'un remède homœopathique administré à petites doses anéantit tranquillement la maladie aiguë qui lui est analogue, sans manifester ses autres symptômes non homœopathiques, c'est-à-dire sans exciter de nouvelles et graves incommodités, cependant, il lui arrive presque toujours de produire, peu de temps après avoir été pris par le malade, au bout d'une ou plusieurs heures, une sorte de petite aggravation (mais qui dure plus longtemps, si la dose a été trop forte), qui ressemble tellement à l'affection primitive que le sujet lui-même la prend pour un redoublement de sa propre maladie. Mais ce n'est en réalité qu'une maladie médicinale fort analogue au mal primitif et le surpassant un peu en intensité.

§ 158. — Cette petite aggravation homœopathique du mal durant les premières heures, heureux présage qui, la plupart du temps, annonce que la maladie aiguë cèdera à la première dose, est tout à fait dans la règle : car la maladie médicinale doit naturellement être un peu plus forte que le mal à l'extinction duquel on la destine, si l'on veut qu'elle le surmonte et le

guérisse, comme aussi une maladie naturelle ne peut en détruire et faire cesser une autre qui lui ressemble que quand elle a plus de force et d'intensité qu'elle.

Opposition de la maladie médicinale à la maladie naturelle, telle est l'explication que donne HAHNEMANN de l'aggravation passagère due à l'emploi du remède homœopathique, aggravation qui ne s'observe que si le remède est particulièrement bien indiqué et qui porte en quelque sorte le témoignage de la guérison prochaine du malade. Cette explication est tout à fait conforme à la conception hahnemannienne.

§ 70. — Le désaccord que nous appelons maladie, dit HAHNEMANN, ne peut être converti en santé que par un autre désaccord provoqué au moyen de médicaments.

Et il ajoute :

« Le médecin n'a pas autre chose à guérir que les souffrances du malade et les altérations du rythme normal qui sont appréciables aux sens, c'est-à-dire la totalité des symptômes par lesquels la maladie indique le médicament propre à lui porter secours ; toutes les causes internes qu'on pourrait attribuer à cette maladie, tous les caractères occultes qu'on serait tenté de lui assigner, tous les principes matériels dont on voudrait la faire dépendre, sont autant de vains songes. »

Nous touchons du doigt le point faible de la doctrine de HAHNEMANN, dont la justification apparaît dans l'insuffisance des recherches scientifiques de son époque. Alors le laboratoire n'existait pas qui devait plus tard dominer la clinique tout entière et, à son tour, engendrer des erreurs fondamentales. En poursuivant l'utopie de trouver la cause réelle des maladies et d'édification de thérapeutiques dites « spécifiques », le laboratoire perdait de vue le résultat de leur action, le malade, et préparait ainsi la faillite de la médecine contemporaine.

En terminant ce long exposé, n'oublions pas le conseil du maître :

§ 257. — Le vrai médecin se gardera de prendre en affection certains remèdes que le hasard lui a procuré souvent l'occasion d'employer avec succès. Cette prédilection lui en ferait souvent négliger d'autres qui seraient plus homœopathiques et par conséquent plus efficaces.

§ 258. — Il évitera également de se prévenir contre des remèdes qui lui auraient fait éprouver quelque échec parce

qu'il les avait mal choisis, qu'ils n'étaient pas exactement homœopathiques, c'est-à-dire, par sa propre faute, et non pas à cause de leur faiblesse ou de toute autre mauvaise raison qu'il serait tenté d'alléguer. Sans cesse, il aura présente à l'esprit cette grande vérité que, de tous les médicaments connus, un seul mérite la préférence, celui dont les symptômes ont le plus de ressemblance avec la totalité de ceux qui caractérisent la maladie. Nulle petite passion ne doit être écoutée dans une affaire si sérieuse. »

Conclusion

La conscience est la dominante de l'œuvre d'HAHNEMANN. C'est elle qui, au début de sa vie, l'incite à abandonner la médecine parce qu'il ne peut remplir honnêtement son devoir de médecin : guérir. C'est elle qui l'oblige à expérimenter sur lui-même différentes substances et à créer ainsi, par l'expérimentation pure, une thérapeutique admirable dont les indications sont exactement signifiées par le malade lui-même.

Alors il suit aveuglément la tradition, reprenant le principe hippocratique de similitude, la loi médiévale d'analogie et la connaissance de travaux de ceux qui l'ont précédé — notamment ceux de HALLER (1) — le confirme dans la vérité de sa méthode de travail et lui donne confiance dans ses résultats. Mais quand nous considérons HAHNEMANN promoteur de la dose infinitésimale, dont il ne pouvait connaître l'action que dans ses effets thérapeutiques, dont il ne pouvait démontrer la puissance ni par le calcul, ni par l'expérience, alors que la science du moment niait même son existence réelle, nous devons admirer la prévoyance de son génie et la grandeur de sa conception.

« Réfutez-les ces vérités, si vous le pouvez, en faisant connaître une méthode curative plus efficace encore, plus sûre et plus agréable que la mienne ; ne les réfutez pas par des mots dont nous n'avons que trop déjà. Mais, si l'expérience vous prouve, comme à moi, que ma méthode est la meilleure, servez-vous en pour guérir, pour sauver vos semblables et faites-en honneur à DIEU (2). »

(1) HALLER, *Pharmacopée Helvetica*, Bâle, 1771, cité par HAHNEMANN.

(2) Lettre à un médecin de haut rang sur l'urgence d'une réforme en médecine.

L'ÉVOLUTION DES IDÉES HOMŒOPATHIQUES

Rien n'est plus passionnant que de suivre, dans le monde, le développement progressif de l'Homœopathie. Nous limiterons notre étude aux grandes nations qui accueillirent la doctrine de HAHNEMANN dès son apparition : la *France*, l'*Allemagne*, l'*Angleterre* et les *États-Unis*. Nous nous attacherons surtout à montrer les courants d'idées qui se manifestèrent sous l'influence des conceptions hahnemanniennes et nous noterons, au cours de notre présentation, les travaux importants qui commandèrent jusqu'à nos jours l'évolution de l'Homœopathie.

France

HAHNEMANN meurt à Paris le 2 juillet 1843. Ses disciples ne sont pas nombreux, mais leurs convictions sont ardentes et ils luttent avec énergie pour la défense de leurs idées. Des controverses aiguës éclatent entre allopathes et homœopathes. Temps héroïques où nos prédécesseurs ne pouvaient que répéter à leurs adversaires impuissants et dédaigneux : « Et pourtant je guéris », sans pouvoir scientifiquement démontrer la valeur de l'infinitésimal et son admirable action.

Des hommes éminents surgissent : PÉTROZ, fondateur de la *Société gallicane homœopathique*. Son élève TESTE, qui nous a laissé une vue synthétique de la matière médicale. Son ami J.-P. TESSIER qui, médecin des hôpitaux, pratiquait l'homœopathie dans son service. Léon SIMON, qui traduisit en français les œuvres de HAHNEMANN. COLLET qui, dans son traité *Allopathie, Homœopathie et Isopathie*, reprenant les idées de

Lux, de Leipzig, expose une technique isothérapique intéressante encore utilisée. Chargé, qui donna ses soins à l'empereur Napoléon III et qui publia un *Traité de thérapeutique des maladies des voies respiratoires*, ouvrage exact et complet que nous devons tous posséder.

N'oublions pas que Auguste Curie, le grand-père de Pierre Curie, fut l'un des premiers adeptes de l'Homœopathie en France ; que furent médecins homœopathes à Lyon, le comte de Guidi, qui fut le maître de Pétroz, et le Dr Jean-Pierre Gallavardin qui soutint des luttes mémorables avec ses confrères. Son fils Jules Gallavardin fonda en 1905, le *Propagateur de l'Homœopathie.*

Un hommage particulier doit être rendu à M. le Dr Pierre Jousset que nous avons connu. Son intelligence, vive et avertie, avait compris que l'Homœopathie ne se développerait en France que si elle pouvait être présentée à l'École officielle sous une forme moins dogmatique. Il fonda une revue : *L'Art médical*, dans laquelle il publia et fit publier de nombreuses observations de malades guéris qui constituaient ainsi autant de faits cliniques et thérapeutiques soumis à l'appréciation de ses confrères. La clinique ne lui faisait pas négliger l'importance des recherches de laboratoire et nous ne devons pas oublier que c'est au Dr Pierre Jousset que nous devons le *sérum d'anguille* dont l'action thérapeutique est si efficace dans le traitement des néphrites. Il fut enfin le fondateur de l'hôpital Saint-Jacques, dans lequel ses petits-enfants, les Drs Pierre et Xavier Jousset, avec le Dr J.-P. Tessier, continuant les belles traditions familiales, appliquent avec succès la médecine homœopathique.

Actuellement, l'Homœopathie semble prendre dans notre pays une grande extension. Le nombre des médecins qui pratiquent l'Homœopathie croît chaque année, mais il est permis d'élever quelques doutes sur la sincérité de leurs convictions. Deux courants paraissent se manifester : les uns désireux de pratiquer une Homœopathie scientifique recherchent avec soin la connaissance des éléments cliniques et thérapeutiques dont la détermination exacte leur permet une action exacte et précise ; d'autres, recherchant avant tout la facilité, prescrivent à tort et à travers, et leurs ordonnances aux remèdes multiples signifient bien la négation de tout principe et le désordre de leur esprit.

Allemagne

Parmi les disciples de HAHNEMANN qui constituaient l'entourage immédiat du maître, nous devons mentionner STAPF qui fonda, en 1822, l'*Archiv für die homöopathische Heilkunst ;* GROSS, HARTMANN et RUMMEL qui fondèrent, en 1832, l'*Allgemeine homöopathische Zeitung ;* BŒNNINGHAUSEN, qui devint homœopathe après avoir été guéri par le Dr WEIHE et qui laissa un *Traité des remèdes antipsoriques* et de nombreux répertoires; JAHR, qui publia, en 1835, un *Manuel des remèdes homœopathiques*, exerça à Paris où il fonda, avec le Dr Léon SIMON, les *Annales de médecine homœopathique* et *L'Art de guérir ;* il fut obligé de se réfugier en Belgique au moment de la guerre de 1870 et il y mourut misérablement. Mentionnons enfin GRAUVOGL qui publia en 1865, à Nuremberg, un ouvrage très important dans lequel il exposa ses conceptions originales sur les constitutions.

Nous savons tous qu'en 1832 une rupture ouverte se produisit entre HAHNEMANN et la plus grande partie de ses disciples. Déjà, en 1821, sous le patronage de Moritz MULLER s'était fondée la *Naturwissenschaftliche Richtung*, opposant à la *doctrine pure* de HAHNEMANN la *tendance critique* qui aujourd'hui réunit la presque totalité des homœopathes allemands. Notre regretté ami le Dr KŒSSLER, dont nous déplorerons toujours la brusque disparition, nous a présenté dans un remarquable article paru dans *L'Homœopathie française*, en mai 1935, toute la portée de ce mouvement.

Citons les travaux de Rudolf ARNDT qui établit les lois biologiques fondamentales : une excitation faible augmente le pouvoir des réactions de l'organisme, une excitation forte le paralyse, une excitation très forte l'anéantit ; ceux de Hugo SCHULZ, qui montre l'intérêt de l'étude des médicaments à dose infinitésimale et démontre leur action ; la série d'articles du professeur A. BIER, professeur de chirurgie à Berlin sur différentes questions de médecine générale et d'homœopathie parues dans le *Münchener Medizinische Wochenschrifft.*

Dès lors, l'Homœopathie suscite d'âpres discussions, mais elle prend peu à peu une place importante auprès de la médecine officielle, puisque le Dr BASTANIER est nommé, à Berlin, dans ces dernières années, titulaire de la première chaire d'Homœopathie créée en Europe.

En même temps s'accentue leur tendance nouvelle qui

s'efforce de donner à l'Homœopathie une base solide, réellement scientifique. C'est Donner qui, chargé d'établir le protocole historique des observations expérimentales qui président à la constitution des matières médicales, « pousse le cri de bataille », suivant l'expression de Kœssler : A bas la politique de l'autruche, en montrant ce qu'il en est des vieilles statistiques des guérisons homœopathiques, en nommant de leur vrai nom les fanfaronnades, venues surtout d'Amérique, sur des guérisons de cas graves par une dose unique d'une 40.000e, etc... et en dénonçant tous ces procédés incontrôlables et non scientifiques. Citons les examens critiques du Dr Ritter, concernant *Cactus*, la classification des remèdes homœopathiques du Dr Sauer en vagotoniques et en sympathicotoniques, les travaux importants du Dr Otto Leeser qui publie de chaque remède une liste des plus détaillées de toutes les épreuves cliniques et des expérimentations de laboratoire qui ont été faites.

N'oublions pas deux homœopathes récemment disparus : Richard Haehl, qui a consacré une partie de sa vie à collectionner pieusement tout ce qui a trait à la vie de Hahnemann ; Emil Schlegel, dont nous connaissons tous les travaux sur le cancer et sur l'iriscopie.

Citons enfin le Dr Alphonse Stiegele, directeur de la clinique homœopathique de Stuttgart.

Écoutons le Dr Kœssler : « Stiegele représente la synthèse de toutes les qualités que doit réunir le vrai médecin homœopathe. Cet idéal est rarement atteint, mais celui qui le représente est non seulement le disciple de Hahnemann, mais aussi le bon disciple d'Hippocrate. » Élève de Bacody, de Budapest, Stiegele aime à citer les paroles que répétait souvent son maître : « Faites de l'Homœopathie, mais n'oubliez jamais la clinique. »

Ajoutons qu'en 1935, la *Société centrale des médecins homœopathes d'Allemagne* a publié un manifeste dont voici le texte :

« Les membres de la Société centrale des médecins homœopathes d'Allemagne sont partisans des doctrines principales d'Hahnemann, c'est-à-dire de l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain et des effets du semblable, à savoir de la similitude entre pathogénésie des remèdes et les syndrômes pathologiques. Un de ses plus grands mérites, reconnu d'ailleurs par la pharmacologie de l'École officielle, fut sa rupture

avec les ordonnances complexes des anciens médecins. Il a sollicité l'examen expérimental et clinique du remède unique et a été, par ce fait même, le vrai médecin réformateur qui fonda la science exacte de chaque élément de la matière médicale. Cet examen méthodique est la condition vitale non seulement de l'Homœopathie, mais de la science médicale tout court.

« Maintenant, à peine cent ans après la mort d'HAHNEMANN, nous assistons à un procédé insensé, celui qui consiste à mélanger plusieurs remèdes et qui, sous le nom d'Homœopathie complexe, est soutenu en partie par l'industrie pharmaceutique. Cette manière d'agir contrefait l'œuvre d'HAHNEMANN et recommande sous une fausse enseigne précisément ce que le maître a farouchement combattu. Cette mode ne tardera pas, tout comme il y a cent ans, à dégrader la thérapeutique aux yeux de tout médecin raisonnable : ce n'est qu'un « pont-d'âne » pour les médecins ne connaissant pas la matière médicale, ou encore pour le charlatan qui voudrait « faire de l'Homœopathie ».

« L'Homœopathie hahnemannienne n'a rien à faire avec l'Homœopathie complexe : elle la dénonce comme procédé non scientifique et lui conteste le droit de recommander ses produits sous le nom d'Homœopathie.

« Le *Deutscher Zentralverein homöopathischer Arzte* estime donc de son devoir de prendre position contre pareilles méthodes.

« Le Comité,

« *Signé :* Dr RABE, Dr ASSMANN. »

Ajoutons enfin que, à côté de la *Allgemeine homöopathische Zeitung* et de la *Deutsche Zeitschrift für Homöopathie*, il a été fondé, en 1928, une revue, *Hippokrates*, avec le sous-titre *Zeitschrift für Einheitsbestrabungen der Gegenwartsmedizin* qui a pour but, comme on le voit, la synthèse thérapeutique qui s'impose plus pressante de jour en jour.

En résumé, écrit le Dr KŒSSLER, la tendance générale de ce qu'on appelle *Naturwissenschaftlichkritische Richtung* est :

— une préférence pour les basses dilutions « encore contrôlables par les procédés quantitatifs »,

— la reprise systématique des épreuves sur l'homme sain, afin de créer une matière médicale « correspondant aux exigences de la science moderne »,

— le postulat du remède unique,

— la sollicitation d'une clinique homœopathique qui va jusqu'à adapter un remède type à une entité morbide nettement déterminée.

États-Unis

HERING est l'introducteur de l'Homœopathie aux États-Unis. Bien curieuse est son histoire. A l'époque où HAHNEMANN quitte Leipzig, l'éditeur BAUMGARTNER réclama du professeur ROBBI, dont HERING était l'élève, un ouvrage contre le fondateur de l'Homœopathie. ROBBI en charge son assistant qui se met à l'étude des œuvres de HAHNEMANN. La lecture des écrits du maître assure rapidement HERING de leur vérité et, devenu homœopathe convaincu, il s'établit à Philadelphie en 1833. Il fonde, en 1848, le *Collège médical Hahnemann* qui est devenu depuis l'Institut homœopathique le plus important du monde. Il organise des expériences méthodiques des remèdes et publie de nombreuses études ainsi qu'un ouvrage de vulgarisation : *La médecine homœopathique dans la famille.*

Dès lors l'impulsion est donnée, l'Homœopathie se développe rapidement. Des travaux documentés et importants se manifestent. Les auteurs nous sont bien connus : LIPPE, DUNHAM, FARRINGTON (*Clinical materia medica*), ALLEN (*Encyclopedia of Materia medica*, 10 volumes ; *General symptom register of pure Materia medica ; Handbook of Materia medica and therapeutic ; Materia medica of nosodes*), LILIENTHAL (*Homœopathic therapeutics*), NASH (*Leaders in Homœopathie therapeutics*, *Sulphur*, etc.), et enfin KENT (*Leçons of materia medica* et *Repertory of the homœopathic materia medica*). De nombreuses revues manifestent l'activité des homœopathes américains et, de 1900 à 1920, le développement de l'Homœopathie atteint aux États-Unis son apogée. Des instituts sont créés, des hôpitaux et des dispensaires sont fondés, des expérimentations se poursuivent dans de nombreux laboratoires tendant à

constituer une matière médicale riche en remèdes et en symptômes de toutes sortes. L'étude de l'Homœopathie devient difficile et ardue, car les pathogénésies sont longues et compliquées. Action primaire et action secondaire sont souvent confondues, les modalités sont minutieusement décrites, mais les caractéristiques sont insuffisamment dégagées encore que les symptômes importants soient cependant mis en relief.

Devant cette complication, une réaction se manifeste dans les écrits de NASH dont la vieille expérience pratique offre au jeune homœopathe des notions claires et simples de matière médicale. Ses *Leaders in Homœopathie therapeutics* constituent, à l'époque de leur apparition, une véritable révélation par leur simplicité et leur précision. La pratique homœopathique paraît simplifiée tout en restant dans la ligne de la vérité, le choix du remède est grandement facilité par l'étude des comparaisons médicamenteuses.

Mais un homme domine de la grandeur de son esprit toute l'Homœopathie américaine : KENT. De HERING à KENT le progrès est formidable. Au début, la matière médicale est un agrégat diffus d'expérimentations, peu à peu la clarté apparaît dans les leçons de matière médicale de KENT qui, le premier, a compris l'*entité du remède*. Chaque remède, par ses symptômes, constitue un tout et sa description nous donne pour la première fois l'impression d'un tableau vivant et non plus d'une fastidieuse encyclopédie. KENT attribue une grande importance aux symptômes mentaux et il décrit avec soin la « mentalité » du remède. Ainsi il cherche à se rapprocher de plus en plus du malade, cherchant à recueillir le plus grand nombre d'éléments qui permettra à son raisonnement analogique d'adapter à l'ensemble des manifestations morbides du sujet, le remède aux indications semblables. Sa tendance habituelle est de rechercher le *Simillimum*, le remède unique qui convient au cas observé, au malade qu'il faut guérir. Aussi sa constante préoccupation est de connaître dans les plus petits détails la pathogénésie du médicament dont il s'efforce de faire apparaître la physionomie. Mais au premier plan des indications, apparaissent la mentalité du malade dont il faut rechercher avec soin la correspondance dans la matière médicale.

La recherche du remède unique est nécessaire, la prescription doit être également unique et, si l'amélioration apparaît,

elle ne sera jamais répétée tant que le praticien constate sa progression régulière. La dose diluée est variable, elle peut être une 30e, mais plus souvent elle sera ultra-infinitésimale, de l'ordre de M, DM ou CM, son administration ne sera jamais suivie de l'absorption d'autres remèdes. Le sucre de lait sera délivré avec patience par l'observateur qui attendra l'apparition de signes nouveaux pour prendre une nouvelle détermination. Si une aggravation se manifeste, elle apparaîtra comme une réaction de l'organisme à l'égard du remède, car ne l'oublions pas, ce n'est pas le remède qui « agit », c'est l'organisme qui « réagit » au médicament et qui, sous son influence, développe une force nouvelle qui contrebalance la force morbide et la chasse de l'organisme.

Rappelez-vous les paroles d'Hahnemann : « Le médecin doit donc laisser chaque remède antipsorique agir seul pendant trente, quarante ou même cinquante jours, c'est-à-dire aussi longtemps que la maladie continue à s'amender, quoique d'une manière lente. Car tant que cette amélioration fait des progrès, son action salutaire s'exerce encore et il ne faut ni la troubler ni la suspendre par l'administration d'un autre médicament quelconque.

« Avec quelque soin qu'on ait choisi les médicaments antipsoriques, si on ne leur laisse pas le temps d'épuiser leur action, le traitement entier n'aboutit à rien. » (*Maladies chroniques*, p. 196.)

Mais Hahnemann avait assigné des limites à la préparation des remèdes homœopathiques. Les américains les ont reculées à l'infini. Nous avons décrit autrefois les procédés des dilutions de Skinner, Fincke, Jenichen. Kent et ses disciples utilisent couramment des hautes dilutions dont le chiffre astronomique laisse rêveur, surtout quand on connaît les lois physiques qui régissent les dilutions. En réalité, une mystique s'est peu à peu établie, qui donne à penser que plus la dilution sera élevée, plus la puissance du remède sera grande. Il est vrai que la préparation du remède homœopathique s'exprime aux États-Unis par le mot *potentisation*. Les mots portent souvent avec eux l'origine des erreurs de leur interprétation. Les procédés de préparation employés semblent dénués de toute valeur scientifique ; fluxion, succussion ou dilution ne correspondent guère à la réalité.

Cependant le kentisme a ses disciples dont il faut respecter les traditions.

Hahnemanniens purs, soumis exclusivement à la doctrine de Hahnemann dont les règles ont été érigées par eux en dogmes rigides et intangibles, ils sont aussi soumis à une discipline de travail excessif car ils doivent rechercher dans la matière médicale, en s'aidant de répertoires minutieusement détaillés, le remède unique qui convient et qui est déterminé uniquement par les symptômes relevés. Ils suivent à la lettre la matière médicale, mais leur esprit absorbé se détourne peu à peu du but vers lequel ils tendent cependant toute leur énergie : la guérison du malade.

Nous ne mettons pas en doute les résultats obtenus par l'administration d'une seule dose à haute dilution. Nous avons, tous, observé des faits analogues, mais nous déplorons la généralisation d'une pratique dont le succès n'appartient qu'à un nombre limité d'observations. Pour comprendre et étudier la pratique de Kent, rien n'est plus instructif que de lire *L'Homœopathician*, revue fondée par le maître, et dont le premier numéro paraissait en janvier 1912, en même temps que le premier numéro de *L'Homœopathie française*. Nous y trouvons de nombreuses observations de guérisons, mais nous sommes très surpris, en constatant le peu de place que tient la clinique dans leur rédaction. Nous ne pouvons aussi qu'être étonnés du temps nécessaire à la guérison du sujet. Il n'est pas rare de trouver des observations de malades qui s'étendent sur plusieurs années au cours desquelles il a été prescrit quelques doses de CM et de nombreuses doses de poudre de *Saccharum lactis.* La mystique pharmacologique se double ainsi d'une foi intense qui ne suffit pas à affirmer l'utilité d'une telle pratique. Nous avons eu l'occasion de voir des malades qui furent traités par des confrères distingués, kentistes convaincus : l'un d'eux fut examiné pendant deux mois, quatorze fois, avant qu'une prescription fût établie ; un autre reçut, à six semaines d'intervalle, des doses associées (horreur) de *Phosphorus* DM et d'*Hepar sulfur* DM qui l'aggravèrent considérablement. Il est vrai qu'il était porteur d'une maladie de Nicolas Favre méconnue.

Nous rappelions tout à l'heure l'origine chronologique commune de nos deux revues : *L'Homœopathician* de Kent et *L'Homœopathie française.* La publication de nos premiers articles fut accueillie d'une façon diverse. Kent n'admettait

pas les Constitutions et, pendant que je m'efforçais de faire connaître autour de moi l'essentiel de ses idées qui me passionnaient : la compréhension de la matière médicale, la nécessité de la recherche du remède unique, les applications de *Tuberculinum* et des nosodes, ses collaborateurs immédiats tournaient en ridicule l'effort que nous faisions en France.

En commentant des observations de tuberculiniques guéris, un rédacteur de *L'Homœopathician* écrivait : « A la lumière de l'*Organon* qui nous indique complètement où et comment trouver le *simillimum*, nous ne pouvons approuver cette homœopathie hystérique (?) qui, par manque de réflexion, cherche à faire sensation. »

Il est vrai qu'il ajoutait immédiatement : « *Nux vomica*, par le D[r] VANNIER, est bien présenté, comme par un maître dans la matière médicale. »

Discutant la question des constitutions et des tempéraments, KENT lui-même écrit (mai 1912) : « Quel peut être le bénéfice de poursuivre l'étude de la biologie pour découvrir la différence dans la constitution naturelle des êtres humains quand ce ne sont seulement que les conditions morbides des constitutions de ces êtres qui doivent être connues intégralement pour guider le médecin pour la guérison du malade. »

Et enfin plus tard (juin 1912), poursuivant ses critiques, il écrit : « Rien ne mène plus sûrement à un échec que les classifications. Le médecin qui prescrit sur un diagnostic aura toujours un insuccès, excepté s'il a de la chance. »

Quoi qu'il en soit, nous devons admirer l'effort de KENT qui, en suivant strictement l'orientation indiquée par HAHNEMANN, a donné aux homœopathes de justes directives. Pur hahnemannien, soumis d'avance à toutes les règles indiquées par le maître, KENT a appliqué toute son énergie à mieux comprendre sa pensée et à réaliser les applications pratiques de ses idées, à l'exclusion de toute autre qu'il ne pouvait admettre, si elle n'était essentiellement orthodoxe.

Grande-Bretagne

L'Homœopathie n'a jamais connu en Grande-Bretagne un grand développement. Cependant, nous devons noter les travaux intéressants de COOPER, sur le cancer et sur les

teintures arbori-vitales ; de BURNETT dont l'esprit, fait de simplicité et de clarté, donne tant d'intérêt aux nombreux petits ouvrages qu'il a publiés sur différentes maladies. Nous ne devons pas oublier les ouvrages de RICHARD HUGHES, de matière médicale et de thérapeutique dont la présentation simplifiée assura à leur auteur un succès justifié. On disait de lui « qu'il donnait du lait homœopathique pour les bébés allopathiques. »

CLARKE enfin construisit un véritable monument, une *Matière médicale* dans laquelle environ 1.250 médicaments sont étudiés. L'originalité de son *Dictionnary of materia medica* réside dans l'essai de présentation synthétique de chaque remède dont les indications sont valorisées et comparées. Un répertoire infiniment moins complet que celui de KENT complète l'ouvrage. Dans ses dernières années, WHEELER a publié une *Introduction aux principes et à la pratique de l'Homœopathie* et, en collaboration avec BACH, *Chronic Diseases* dont la lecture présente un grand intérêt.

La « *British homœopathic Society* » publie tous les deux mois un bulletin qui renferme toujours des travaux bien étudiés. La doctrine de HAHNEMANN est unanimement respectée ; la pratique de KENT n'est pas généralisée, encore qu'elle soit la plus répandue. Nos collègues anglais attachent la plus grande importance à la recherche des signes du remède et principalement de ceux qui caractérisent l'individu (mentalité et généralités), mais trop souvent leur action médicale se borne à la recherche d'une correspondance thérapeutique — que d'ailleurs ils excellent à trouver — et ils négligent l'essentiel de la clinique homœopathique : la compréhension du malade et la genèse de sa morbidité.

Je serais bien coupable, si je ne leur rendais cette justice que, nullement exclusifs, ils admettent la possibilité de recherches nouvelles. Nous n'en voulons pour preuve que l'accueil courtois que les membres de la « *British homœopathic Society* » voulurent bien nous faire quand, répondant à leur invitation, nous leur présentâmes nos idées sur les catégories toxiniques, le drainage et les tuberculiniques. Je tiens aussi à affirmer une fois de plus toute mon affectueuse reconnaissance à mon ami le Dr H.-J. BARLEE qui voulut bien, au cours des années 1905 et 1906, alors qu'il habitait Paris, m'initier à l'Homœopathie.

Conclusion

Une conclusion de cette étude s'impose.

Nous avons admiré l'effort des américains qui ont contribué puissamment à doter l'Homœopathie de nombreux agents thérapeutiques, de multiples faits d'expérimentations — rappelez-vous les travaux d'Hinsdale publiés dans *L'Homœopathie française* — d'une pratique sans doute rigide mais strictement hahnemannienne, sans apporter aucune modification à la doctrine homœopathique telle que l'avait imaginée Hahnemann. Nous devons approuver la tendance critique des homœopathes allemands qui cherchent à asseoir l'Homœopathie sur des bases plus scientifiques, à relier la médecine homœopathique et la médecine officielle.

Pratiquement, deux groupes d'homœopathes s'affrontent :

Les uns, cristallisés en Hahnemann, considèrent sa doctrine comme un dogme intangible et absolu. Strictement confinés dans une pratique rigide, ils repoussent toute idée nouvelle. Homœopathes convaincus, ils doivent être respectés.

Les autres considèrent l'Homœopathie comme un procédé et, délivrés de tout souci scientifique, dépourvus de toute pensée doctrinale, distribuent à leurs patients dans la même journée quatorze ou vingt remèdes, exerçant ainsi leur coupable industrie au détriment des malades et de l'Homœopathie.

Homœopathie unitaire, Homœopathie complexe, travail ou facilité, conscience ou tromperie. Homœopathie scientifique et Homœopathie mercantile continueront à s'opposer si une orientation nouvelle n'est pas proposée aux médecins qui désirent pratiquer honnêtement la médecine homœopathique.

Un retour à la tradition s'impose.

LE RETOUR A LA TRADITION

L'ŒUVRE DE « L'HOMŒOPATHIE FRANÇAISE » ET DU « CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE »

L'Homœopathie ou plutôt l'Homœothérapie, la médecine fondée sur la loi d'Analogie ou de Similitude, ne peut rester cristallisée dans la doctrine de Hahnemann ni figée dans le dogme kentiste, et ce n'est pas faire affront aux maîtres que nous vénérons tous que de reprendre le sens de la voie si admirablement tracée par Hippocrate, si vigoureusement illuminée par les savants de l'époque médiévale.

En fondant, en 1912, *L'Homœopathie française*, notre but était de contribuer au développement de l'Homœopathie dans notre pays en diffusant des notions exactes. Notre intention était de convaincre les médecins de la vérité des idées de Hahnemann par l'exposition de faits précis, et non en engageant une polémique, dont les résultats eussent été négatifs et stériles. Il faut nous rendre cette justice : nous n'avons jamais fait table rase de l'enseignement officiel, tous nos efforts ont seulement tendu à augmenter les connaissances des praticiens et à réaliser entre les deux écoles une interpénétration scientifique pour le plus grand bien des malades.

Dès le début de nos études homœopathiques, en 1905, nous avions été frappé par les différences profondes qui séparent les principales œuvres de Hahnemann. La *Matière médicale* se présente comme un amas diffus de symptômes, chaos désordonné dont la lecture rebute aussitôt le néophyte. Par

contre, l'*Exposition de la doctrine homœopathique* constitue un admirable monument, dont la profondeur et la clarté consacrent la gloire du maître. Notez en passant que le sous-titre, *Organon de l'art de guérir*, contient le même terme, *Organon*, que le P. KIRCHER utilise dans l'exergue de son *Monde souterrain.*

En présence de cette opposition si contrastée, nous fûmes tout naturellement enclin à penser que si la *Matière médicale* était vraiment une tentative originale, une nouveauté, l'*Organon* était le résultat d'une longue réflexion provoquée, non par une expérience personnelle, mais bien par l'examen critique de jugements antérieurement portés. HAHNEMANN eut un grand tort, celui de présenter l'Homœopathie comme une médecine nouvelle, ce qui contribua à entraver son développement. En réalité, ses origines sont millénaires et vous connaissez maintenant sa tradition scientifique qui se poursuit depuis des siècles.

Au cours de nos patientes recherches, nous fûmes surpris de trouver symbolisée dans le frontispice de l'ouvrage de ETHMULLER — paru au XVIIe siècle et qui est représenté dans le diplôme que le CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE délivre chaque année — la conception que nous n'osions rêver : celle d'une médecine unique : *Una sola medicina*, dont les assises reposent sur les principes hippocratiques et dont la pratique utilise deux techniques : celle des Contraires et celle des Semblables, la première représentée par une partie de la médecine officielle, la seconde, l'Homœothérapie, médecine synthétique, claire et exacte, faite d'observation naturelle et de bon sens, obligeant le praticien non seulement à « voir », mais aussi à « prévoir » et dont les procédés thérapeutiques, aux indications nettement déterminées, permettent aussi bien de guérir un malade et de le rétablir que de prémunir un sujet contre les maladies auxquelles il est logiquement prédestiné.

L'Homœothérapie constitue le chapitre le plus important de la médecine. Elle est méconnue parce qu'elle est ignorée, peut-être aussi parce que ses tenants ont perdu le sens de ses origines qui leur eût révélé toute l'étendue de son application, peut-être aussi parce que, dans les efforts que nous avons fait pour la faire connaître, nous avons manqué de clarté dans l'exposé de nos conceptions.

Dans toute médecine, il existe deux parties :

l'une *clinique*,

l'autre *thérapeutique.*

Étudions ensemble comment nous comprenons l'Homœothérapie.

I. — Clinique

Un double jugement doit être porté, résultat de l'observation de la maladie et de l'observation du malade.

a) *LES MALADIES*

Toute maladie présente à étudier une « genèse » et une « morphologie ».

1° LA GENÈSE DES MALADIES

La maladie n'est pas un fait primitif, elle est toujours un résultat. HIPPOCRATE recommande d'étudier « le présent, le passé et l'avenir des maladies », qu'il faut savoir, dit-il, « pénétrer » (*Prognose*, § 1er), et le maître de Cos s'attache à montrer qu'une maladie n'apparaît pas brusquement.

Nous avons constamment soutenu qu'une maladie aiguë ou chronique est toujours « préparée », précédée par un état préparatoire dont l'origine doit être recherchée, non dans la raison « apparente » d'une action microbienne, mais bien dans une *transmutation* du sujet lui-même dont le rythme normal est peu à peu troublé par de multiples conditions dépendant de l'ambiance cosmique, sociale, professionnelle, du régime alimentaire ou de vie et enfin de l'hérédité.

Mumie de PARACELSE, *poisons* de KIRCHER, *miasmes* de HAHNEMANN, *toxines* pasteuriennes, *virus* modernes, symbolisent, à des époques différentes la nécessité dans laquelle se trouve le médecin de connaître ce que nous avons appelé le « quotient toxinique » du sujet. Ce quotient toxinique comprend deux ordres d'éléments,

— les uns sont *héréditairement transmis*, c'est le legs qui nous a été transmis par nos parents, qui en ont reçu autant de leurs générateurs, legs indé-

finissable — car on ne peut lui assigner des limites définies —, legs qui ne constitue pas l'empreinte d'une destinée fatale car, fait admirable, la nature tend toujours au redressement, au rétablissement dans l'ordre primitif. Rappelez-vous les constatations intéressantes de notre ami le Dr SCHMITT qui nous a montré comment se produisait le retour à la normale d'une constitution phosphorique ou fluorique ;

— les autres éléments du quotient toxinique sont *acquis* par l'individu lui-même, soit par une contamination directe, soit par une altération progressive de son organisme sous l'influence d'un surmenage, de chocs physiques ou émotionnels, d'écarts d'hygiène et de régime.

En somme, le malade se présente à nous comme un *complexe toxinique* dont il est utile et prudent de déterminer la nature réelle. PARACELSE nous avait longuement entretenu du tartre et de l'entité du poison, KIRCHER avait insisté sur les poisons qui naissent chez l'homme et les maladies qui en résultent, HAHNEMANN rattache les troubles morbides à trois grands groupes de maladies : la psore, la syphilis, la sycose. Nous avons coutume de distinguer quatre grandes catégories toxiniques : psore ou auto-intoxination, tuberculose, syphilis et sycose, auxquelles toutes les maladies, dites de cause interne, peuvent être rattachées.

Nous ajoutons : Toute maladie chronique est le résultat d'une *intoxination unique ou multiple*, la maladie aiguë n'est qu'une *crise d'élimination* à la faveur de laquelle l'organisme se libère de ses toxines, ou de ses poisons, pour un temps.

2o LA MORPHOLOGIE DES MALADIES

Mais les maladies se présentent sous une forme particulière. Leur morphologie doit être minutieusement étudiée non seulement pour nous permettre de déterminer, suivant la loi de Similitude, le remède correspondant, mais aussi pour pouvoir comprendre le sens des réactions de défense, variables suivant chaque sujet.

Sunt effigietur morbii, affirment les savants du moyen âge. Il faut connaître « l'anatomie des maladies », leur forme

représentative, leur morphologie. Hahnemann, après Hippocrate, recommande de recueillir minutieusement tous les symptômes que peut présenter le malade, car aucun ne doit être négligé.

Nous avons montré que toute maladie présente, à considérer, trois ordres de troubles :

troubles sensoriels,

troubles du sensorium qui caractérisent la dérythmie primitive du sujet, la transformation progressive de la *fonction de l'individu ;*

troubles fonctionnels,

qui caractérisent les modifications de la *fonction de l'organe ;*

troubles lésionnels,

en rapport avec l'*altération organique.*

Ces troubles apparaissent dans un ordre de succession constant qu'il est très facile de retrouver dans les états chroniques ; ils constituent ainsi autant d'*étapes morbides* souvent ignorées et dont la correspondance thérapeutique est connue seulement du médecin homœopathe qui s'attache minutieusement à leur observation et à leur notation. Aussi peut-on affirmer qu'il existe une véritable *clinique homœopathique* dont le sens pratique échappe totalement au non initié.

b) *LE MALADE*

Considérons maintenant le malade.

La tradition est unanime. Le malade n'est pas seulement un « support » de la maladie, c'est un être humain transformé dont les « soulèvements réactionnels » — pour parler le langage d'Hippocrate — « caractérisent » la maladie. Nous disons : le malade fait « sa » maladie, non seulement parce qu'il subit les conditions personnelles de « sa » préparation, mais aussi parce qu'il lui donne la forme sous laquelle elle se manifeste. *La morphologie d'une maladie est essentiellement individuelle.*

Toutes choses possèdent leur effigie, *sind gebildet*, dit Paracelse. Tout est signifié, tout est représenté, tout peut être retrouvé, affirment les savants du moyen âge. Pourquoi limiter l'étude du malade à la recherche, utile sans doute, de la correspondance analogique thérapeutique, mais qui n'est pas suffisante pour avoir la connaissance réelle de son patient.

Pourquoi ne pas faire état de toutes les *signatures morbides* qui se présentent à notre observation dont certaines constitueront pour nous autant de *signes objectifs d'appel*, non pas seulement du point de vue clinique, mais encore du point de vue thérapeutique.

Rappelez-vous les paroles d'HIPPOCRATE : « Le meilleur médecin me paraît être celui qui sait connaître d'avance. »

Nous pouvons affirmer que l'aphorisme d'HIPPOCRATE a constitué la directive principale de nos recherches qui ont toujours tendu à placer le malade et son médecin dans la plus grande sécurité.

Les *constitutions carbonique, phosphorique et fluorique* constituent de véritables signatures morbides (1). « Il faut savoir vers quelle maladie tend chaque constitution individuelle », disait HIPPOCRATE. Entendez par là qu'il voulait signifier que chaque individu a « sa » constitution et qu'aucun autre ne peut en avoir une semblable. Notre conception, en décrivant les trois genres de constitution sous lesquels se présente un être humain, nous permet de définir le degré de résistance du sujet, l'élément héréditaire transmis, tuberculose ou syphilis, et de prévoir les états morbides auxquels le malade est prédestiné. Cette prédestination est donc *figurée*, elle peut être facilement reconnue et elle permet au médecin homœopathe, non seulement de mieux comprendre certaines transformations, mais aussi d'agir efficacement par une thérapeutique appropriée.

Ce qui est transmué, transmue-le toi aussi, disait PARACELSE. Devant les complexes constitutionnels qu'ils nous est donné d'observer, nous assistons déjà à une véritable transmutation naturelle : la réapparition, au cours des générations suivantes, de la constitution carbonique primitive après épuisement progressif des toxines génératrices. Seule, l'Homœothérapie permet d'accélérer ce retour à la normale en agissant pendant la gestation de l'enfant. Ainsi le médecin se trouve-t-il devenir le véritable « ministre de la nature », suivant l'admirable expression de PARACELSE.

(1) Léon VANNIER. La constitution carbonique, l'*Homœopathie Française*, février 1926. La constitution phosphorique, l'*Homœopathie Française*, mars 1926. La constitution fluorique, l'*Homœopathie Françaisə*, avril 1926.

L'observation de l'iris nous apporte aussi d'autres « signatures morbides » qui nous permettent de pénétrer plus avant dans le présent, le passé et l'avenir du malade (1).

Les lésions organiques, les troubles fonctionnels, les dérythmies se trouvent exactement signifiées, de même certaines hérédités transmises.

L'iriscopie est à la fois :

anamnestique, puisqu'elle permet de retrouver les étapes de la vie organique du sujet ;

diagnostique, puisqu'elle relate exactement l'état des organes au moment de l'examen ;

pronostique, puisqu'elle permet de définir les conditions de moindre résistance d'un organisme et, par suite, les possibilités morbides du sujet.

L'iris est le « miroir du corps », suivant l'heureuse expression de Peczely.

« Considérez l'œil dans la tête, écrit Paracelse, avec quel art admirable il est construit et comment le corps moyen (*medium corpus, mittel corpus*) a imprimé si merveilleusement son anatomie dans son image. Il y a introduit son goût. C'est de l'image et du goût (de l'interprétation) que procède la connaissance de la médecine. »

De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer la raison des signatures iriennes, aucune n'a pu être retenue et nous ne pouvons qu'admirer ce témoignage évident de la bonté du Créateur.

II. — La thérapeutique

Considérons maintenant notre conception thérapeutique. Elle est la conséquence logique de nos idées sur le malade et les maladies.

Tout état morbide est le résultat d'une *intoxination*, le plus souvent complexe.

La maladie aiguë est généralement la manifestation d'une *crise d'élimination toxinique*, réaction de défense naturelle de l'organisme. La rougeole doit être rattachée à l'état tuberculinique, la scarlatine à une spécificité héréditaire ancienne.

(1) Léon Vannier. Le *Diagnostic des maladies par les yeux.* (Précis d'iriscopie), 1re édit., Maloine, 1919 ; 2e édit., Doin, 1930.

Dès lors, la tâche du thérapeute est simple. Avant tout, favoriser l'élimination toxinique par un *drainage* approprié, assurer ensuite l'équilibre de l'individu et le maintenir par un réglage organique et toxinique. La maladie aiguë doit être « aidée » et non jugulée, le traitement d'une maladie chronique comporte des étapes successives nécessités par les mises en libertés successives des toxines de nature différente, génératrices de l'état morbide considéré.

Nous avons longuement décrit la technique du *drainage* et du *réglage* (1). Nous n'y reviendrons pas. Mais nous insisterons sur ce fait important que le praticien ne peut plus faire uniquement de la thérapeutique symptômatique. Le relèvement le plus minutieux des symptômes ne lui sera que d'un faible secours, car il ne peut être question de prescrire « un » remède, mais bien d'ordonnancer la suite des remèdes nécessaires pour assurer, par des stades successifs, qu'il peut prévoir et déterminer, le retour à la normale du sujet.

Quand, pratiquement, nous obtenions au début de notre pratique des résultats surprenants avec *Tuberculinum*, nous en connaissions seulement les indications homœopathiques. Nos succès, et surtout nos insuccès, nous conduisirent peu à peu à rechercher les indications cliniques des états tuberculiniques et ce n'est qu'après plusieurs années que nous parvînmes, non seulement à déterminer la première étape, jusqu'alors ignorée, que franchit tout tuberculeux, mais aussi à en prévoir le traitement. Au cours de cette étude, nous n'avons fait que suivre le conseil de Paracelse : « La pratique ne doit pas découler de la théorie, mais la théorie doit naître de la pratique. »

En appliquant dans le même sens notre observation au cancer et en suivant le même raisonnement, il nous fut facile de présenter les indications de l'état précancéreux et de déterminer la thérapeutique des cancériniques.

Enfin, dans la recherche du remède *simillimum* qui fut le plus adapté au sujet, non seulement dans sa stricte signalisation symptomatique, mais aussi dans sa nature profonde, nous fûmes logiquement conduit à utiliser l'*auto-isothérapie sanguine*, suivant en cela les données de la tradition dont les

(1) Léon Vannier, *La Pratique de l'homœopathie.* Doin, édit. Paris, 1936.

étapes vous sont bien connues, Richard Fludd, Lux et Collet. En 1929, nous avons publié les *Indications de l'auto-isothérapie sanguine dans le traitement des cancériniques.* En 1936, lors de notre IIe Congrès national, nous présentions ici les indications et les résultats de cette méthode.

Homœothérapie et isothérapie constituent deux techniques différentes qui appartiennent à la médecine millénaire que Hahnemann a nommée Homœopathie.

L'Homœothérapie, fondée sur la *loi d'Analogie*, est l'*Homœopathie individuelle*, celle qui s'adresse à l'individu.

L'Isothérapie, fondée sur la *loi des Semblables*, comprend les nosodes et les toxines diluées, elle représente l'Homœopathie qui s'adresse à la *cause réelle*, profonde, de l'état observé. Sa plus haute expression apparaît dans l'auto-isothérapie sanguine.

Vous saisissez maintenant la différence essentielle qui sépare notre pratique de celle de nos devanciers. La clinique joue un rôle considérable dans l'établissement de notre prescription, mais notre observation clinique dépasse de beaucoup l'examen clinique classique. Le praticien ne peut se contenter de placer une étiquette sur un syndrôme ou de formuler une hypothèse sur un état, il doit établir le quotient toxinique des malades et caractériser la ou les toxines qui sont en jeu. La connaissance des catégories toxiniques auxquelles appartient le sujet lui permet de comprendre la genèse réelle de l'*accidens* observé en remontant à son origine exacte, en établissant ce que nous avons appelé un *diagnostic réel et de profondeur*.

Un dernier mot : on nous a reproché de faire une Homœopathie complexe alors que tout notre enseignement tend à donner à nos élèves la possibilité de déterminer l'unique remède qui convient au malade. Mais, dans un état chronique et surtout dans les maladies « inapparentes » que sont les états tuberculiniques ou cancériniques dont nous avons pu établir la signification, il est nécessaire d'agir vite, d'assurer rapidement et efficacement l'élimination nécessaire, tout en soutenant le sujet. Nous sommes alors dans l'obligation d'associer les remèdes de fond, les remèdes de drainage et les remèdes isothérapiques. Nous ne les mélangeons pas, nous « situons » leur administration à des intervalles convenables et surtout

nous respectons strictement les antidotes et les complémentaires. La connaissance des *familles de remèdes* et des *catégories toxiniques* est pour nous un précieux auxiliaire.

Aussi, nous nous associons avec énergie aux protestations des disciples de KENT et de la *Deutscher Zentralverein homöopathischer Arzte.* Nous ne nous élèverons jamais assez contre la pratique de ces « cuisiniers » de HAHNEMANN dont l'esprit mercantile a parasité l'Homœopathie par une véritable infestation si préjudiciable à l'idée grande et belle qui domine l'Homœothérapie.

Conclusion

Considérez l'action médicale de l'Homœopathe. D'une façon constante, il part du réel : l'observation de faits naturels, qu'ils soient produits par une substance en expérience sur l'être humain ou qu'ils soient engendrés par une morbidité. Toujours il tend vers l'intelligible : la compréhension de la *maladie*, du *malade* et du *remède.*

— Il faut *comprendre la maladie* pour empêcher son évolution et sa manifestation.

Le but du médecin n'est pas seulement de supprimer pour un moment les troubles auxquels il lui est donné d'assister. Il doit empêcher leur reproduction. Il doit pouvoir prévenir leur apparition. La vraie prophylaxie n'est pas celle qui s'adresse à la masse, mais bien celle qui s'adresse à l'individu. La vraie thérapeutique *prévoit* et *prévient*, elle *protège* et *guérit.*

— Il faut *comprendre le malade* pour assurer sa vraie guérison.

N'oublions jamais que le malade est un être humain. La constitution de cet être indique déjà une prédestination, prédestination qui est figurée, pré-figurée. Son tempérament reflète un véritable complexe typologique. La connaissance exacte de la constitution et du tempérament du sujet indique tout à la fois une prédisposition morbide et une possibilité de défense, des tendances et des aptitudes physiques, biologiques et psychiques, les unes bonnes, les autres mauvaises, dont l'Homœopathe qui « voit » sait faire état.

— Il faut enfin *comprendre le remède* pour prescrire avec succès.

L'étude de la matière médicale n'est pas affaire de mémoire, mais bien de compréhension. S'il est vrai que les êtres humains peuvent être groupés en genres, espèces et individus, il est non moins exact que les remèdes peuvent être répartis en catégories et en familles, en remèdes chroniques et en remèdes aigus dont la compréhension facilite singulièrement la tâche de l'homœopathe averti.

Maladie, malade, remède, ces trois éléments se retrouvent toujours « reliés » dans notre esprit, à tel point que la connaissance de l'un indique celle des autres. Aucune dissociation n'est possible entre ces trois termes sur lesquels s'établit le jugement du médecin homœopathe. Tout est relié non par un système artificiellement construit, mais par un enchaînement logique et rationnel. Tout est coordonné suivant un plan préalablement construit. A ce plan, l'Homœopathe sait s'adapter.

Nous sommes constamment dans le réel et jamais dans l'apparent.

Nos méthodes cliniques et thérapeutiques reposent uniquement sur l'observation et la compréhension de faits naturels dont nous nous attachons à connaître les rapports habituels. Nous savons comment ils s'expriment, nous pouvons les distinguer, nous pouvons enfin les « sérier ».

Dans l'étendue des mouvements cosmiques ou sociaux, l'être humain a une place — *sa place.* Nous pouvons la reconnaître et la situer. Au milieu du chaos des vibrations qui l'entourent et le traversent, nous pouvons retrouver le rythme normal de sa vie et le mettre en accord aussi bien qu'en défense avec l'ambiance attentatoire et meurtrière. Par des actions infinitésimales judicieusement choisies, nous pouvons enfin favoriser la libération toxinique d'un organisme et assurer le réglage de son fonctionnement biologique.

Le malade est un être humain qui n'est plus dans son ordre. *Guérir un malade, c'est le rétablir dans son ordre naturel.*

Ainsi comprise, l'Homœopathie est une science véritable. Elle offre au médecin qui veut faire l'effort — et qui en est capable — une stabilité dans sa pratique, une sécurité dans son action thérapeutique.

J'entends bien que le praticien doit être doué. Il doit savoir observer, savoir voir, savoir relier, en un mot comprendre — prendre avec lui en une seule vision — tous les faits naturels qui lui sont présentés. L'esprit de synthèse domine toutes ses actions dont la détermination n'exclut pas une certaine intuition.

Intuition : don naturel? Non. Considérez ce terme dans le sens indiqué par notre confrère Joanny TORQUÉAU qui, dans un ouvrage récent, donne cette heureuse définition : *L'intuition est la divination des analogies fondées.*

L'Homœopathe connaît ces analogies.

— Analogies fondées sur les relations qui dominent les *transmutations*, qu'elles soient sociales, humaines ou microbiennes.

— Analogies fondées sur les rapports qui soumettent les phénomènes morbides aux *réactions propres* à chaque être humain.

— Analogies fondées sur les rapports immuables qui unissent les *effets morbides* et les *actions thérapeutiques.*

Toutes ces analogies sont exprimées dans la loi d'HIPPOCRATE : loi de Similitude dont la valeur a été rendue évidente par l'effort médiéval et les précurseurs de HAHNEMANN : PARACELSE, CROLLIUS et KIRCHER.

Mais pour pouvoir rétablir le sujet malade dans son ordre naturel, il faut pouvoir distinguer les effets de la morbidité sur l'Être normal. Nous devons pouvoir reconnaître le plan « pré-établi » qui fut remis à l'Être humain lors de sa naissance. C'est une étude délicate que nous avons entreprise depuis longtemps et dont nous avons déjà présenté une esquisse (1), étude essentiellement traditionnelle.

N'oublions jamais la parole d'HIPPOCRATE :

« La médecine est depuis longtemps en possession de toute chose, en possession d'un principe et d'une méthode qu'elle a trouvés. Avec ces guides, de nombreuses et excellentes découvertes ont été faites dans le long cours des siècles, et le reste se découvrira, si des hommes capables, instruits des découvertes anciennes, les prennent pour point de départ de leurs recherches (2). »

(1) Léon VANNIER, *La Typologie et ses applications thérapeutiques* Doin, édit. Paris, 1930.

(2) *De l'ancienne médecine*, § 2.

SÉANCE DU SAMEDI 6 MAI

Matinée

M. Loch :

RÉFLEXIONS SUGGÉRÉES PAR DES RECHERCHES SUR LA PHYSIQUE DES DILUTIONS

Nous poursuivons, depuis longtemps déjà, des recherches sur la physique des dilutions. C'est un travail de longue haleine dont il est difficile de faire suivre le cours et de montrer, brièvement, les développements successifs. Aussi me limiterai-je à vous exposer quelques réflexions, tout à fait personnelles, qui m'ont été suggérées par ce travail, sur la manière de comprendre et de se représenter les dilutions.



Je dois dire tout d'abord que je ne crois pas que l'homœopathie attende le résultat des recherches sur la physique des dilutions pour exister. Je pense seulement qu'elles aboutiront un jour à des données pratiques dont on ne peut soupçonner encore la portée. Cette conviction, qui se fait pour moi chaque jour de plus en plus grande, me pousse à revoir, avec une orientation de pensée nouvelle, la question des hautes dilutions.



Certaines polémiques, mettant en cause la réalité même du médicament homœopathique, ont considérablement vieilli. Il n'est même plus utile de répondre d'une façon sérieuse à des plaisanteries courantes... Par contre, certains arguments, utilisés pour défendre (soi-disant) la cause homœopathique, commencent à se trouver très usagés, d'autant plus que certains n'étaient déjà pas très solides quand ils étaient neufs.

Certains exposés, destinés à frapper l'imagination à l'aide de chiffres énormes, doivent aussi être abandonnés et les milliards de trillions relégués au magasin d'accessoires.

Enfin, l'ancienne discussion autour du nombre d'Avogadro mériterait d'être close. Voici ce que l'on peut en dire.

Le nombre d'Avogadro représente le nombre d'atomes réels que renferme un atome-gramme d'une substance quelconque. Ce nombre est connu avec la précision du millième environ. Il a été mesuré, puis contrôlé expérimentalement par différents chercheurs et par six ou sept méthodes très différentes. C'est une constante physique extrêmement utile dont la réalité ne peut être mise en doute sérieusement ; mais il n'a à peu près aucun rapport direct avec l'homœopathie.

En effet, quand on nous dit : « En diluant une substance, dépassez-vous ou ne dépassez-vous pas le nombre d'Avogadro ? », on dit une chose qui n'a à peu près aucun sens.

Poser cette question, c'est admettre que nous connaissons parfaitement la loi de variation du rapport entre la masse d'un corps dissous et la masse du solvant, à un moment quelconque de l'opération de dilution ; nous ne la connaissons pas. Donc, le nombre d'Avogadro, que d'aucuns méprisent parce qu'ils le trouvent trop proche de nous, que d'autres dressent devant nos yeux comme la borne infranchissable du néant, nous le respectons infiniment, mais nous ne pouvons l'introduire dans nos calculs.

Toutes nos recherches ont été orientées d'abord vers la mise au point d'une méthode qui nous permette de tracer une courbe *expérimentale* aussi étendue que possible de la variation du rapport matière active-solvant.

Si le phénomène de dilution s'était révélé continu, c'est-à-dire suivant à peu près une « loi théorique » quelconque, nous aurions essayé de calculer des points hors de la courbe expérimentale. Nous ne pouvons le faire. Il faut constater l'échec de toutes les échelles de dilutions, échelles de correspondance, etc., basées la plupart du temps sur des vues de l'esprit et qui évoluent avec les idées de leurs auteurs.

En résumé : suivant l'ingéniosité des expérimentateurs, on peut tracer des courbes expérimentales plus ou moins étendues, représentant le rapport matière active-solvant, pendant une partie du phénomène de dilution. Elles ne sont jamais autre chose que des courbes de cas particuliers, sans portée générale. Néanmoins, elles nous ont appris à considérer le problème sous un autre aspect. Il y a, quand on les examine, tellement de distance entre le point expérimental où nous perdons la substance dans la dilution et les points supposés où

nous savons, par l'expérience clinique, avoir une action thérapeutique de la dilution, que nous nous décourageons et abandonnons à jamais l'espoir de remplir un jour ce vide énorme avec des points « expérimentaux » obtenus à l'aide de n'importe quelle ruse.

De là à nous demander si ces points virtuels existent réellement, il n'y a qu'un pas, et l'on pense : reste-t-il de la matière dans les dilutions de cet ordre, et s'il en reste, il vaut peut-être mieux n'en plus parler... En effet, aurions-nous bonne grâce, pour défendre une théorie matérialiste continue, d'argumenter et de batailler pour faire admettre la présence de trois ou quatre molécules isolées dans un flacon? Sûrement pas !

On en revient alors à reposer le problème de la dose infinitésimale comme l'a déjà posé W. Boyd.

Ou bien « on croit » que la matière subsiste dans les dilutions, et alors on ne doit pas dépasser certaines limites,

Ou bien « on croit » que la matière a cédé « quelque chose » au milieu servant à la dilution, quelque chose d'immatériel qui ne disparaît pas, et il n'y a aucune limite à la hauteur de dilution...

En dernière analyse, ou bien vous êtes matérialiste, ou bien vous ne l'êtes pas et vous devez pratiquer l'homœopathie en accord avec le dogme que vous avez choisi d'avance.

Il y a, dans cet axiome, « problème insoluble ou question de foi », quelque chose de profondément désagréable.

L'expérience des choses pratiques nous a appris qu'il ne fallait jamais se hâter de conclure qu'on était enfermé dans un dilemme. Bien souvent un problème de ce genre, qui semble n'avoir que deux solutions, en admet une troisième pour peu qu'on y regarde de près.



Essayons de nous faire une représentation matérielle aussi nette que possible des phénomènes successifs de dilution.

Nous avons un corps A et un solvant B. La première observation qui s'impose à nous, c'est que la nature même de A, par rapport à la nature de B, a une grande importance. Suivant que la solubilité de A dans B est faible ou forte, nous n'observerons pas les mêmes faits. Et là je prends en défaut

un de ces vieux arguments dont je parlais tout à l'heure ; on disait : mettez du pétrole dans un flacon et videz-le. Vous pourrez le « laver » un grand nombre de fois, il sentira fortement le pétrole pendant très longtemps. On peut répondre : le laver, mais avec quoi? Si c'est à l'eau ou à l'alcool, ce n'est pas de jeu, le pétrole y est insoluble pratiquement.

Nous voyons qu'il faut, dès le commencement, nous faire une représentation, à l'échelle moléculaire, de la structure des corps en présence. Nous pouvons le faire par une représentation imagée, c'est-à-dire fausse, mais néanmoins plus près de la vérité que les idées intuitives que nous en avons ordinairement.

Une manière est d'imaginer un corps quelconque sous la forme de sphères conjointes, l'aspect, en somme, d'un tas de billes. Nous pouvons nous représenter la solution de la manière suivante : si nous mettons, dans le récipient qui contient les billes (d'acier, par exemple), une certaine quantité de vaseline, et que nous agitions un moment, nous n'aurons plus, au bout d'un temps assez court, que le même nombre initial de billes d'acier, occupant un volume toujours égal, chacune recouverte d'un film de vaseline plus ou moins épais.

On peut aussi imaginer des billes de porcelaine blanche, non polies, auxquelles on ajoute quelques boules de bleu à teindre le linge, assez friables. Après agitation suffisante, toutes les boules de bleu disparaissent et toutes les boules blanches sont teintées en bleu, d'une manière égale.

Naturellement, l'action mécanique que je suppose dans ces exemples, remplace un phénomène plus complexe de la réalité.

Nous pouvons comparer la solubilité forte au cas de la vaseline et la solubilité faible au cas des billes de bleu.

Essayons de voir le bénéfice que nous pouvons tirer de ces deux images, un peu enfantines certes, mais faciles à comprendre.

Tout d'abord, il faudra admettre qu'il est absolument impossible d'envisager le mécanisme de la dilution sur un exemple type, idéal, auquel tous les cas se conforment et s'adaptent. Chaque cas est un cas d'espèce. C'est, je crois, une des principales raisons qui font qu'on ne devrait pas chercher à évaluer ce que représente une 6e, une 30e, sans dire de quelle substance il s'agit.

Une 6e ou une 30e, « cela n'existe pas dans l'absolu ».

Reprenons ma deuxième comparaison. Imaginons un cas particulier ; le solvant est composé de boules de porcelaine blanche non vernies, le corps à dissoudre de quelques boules de bleu d'outremer.

Il y a deux manières de procéder, pour faire une dilution : ou bien je prends quelques-unes des boules teintes en bleu que j'ajoute à un nouveau contingent de boules blanches, et j'agite jusqu'à ce que la couleur soit devenue uniforme (méthode HAHNEMANN), ou bien j'ajoute simplement indéfiniment des boules blanches à mon premier mélange, en évacuant par un artifice quelconque les boules en trop grand nombre (méthode de fluxion continue).

Existe-t-il un mathématicien qui veuille calculer avec précision combien il faut ajouter de boules blanches pour que *toutes* les boules n'aient plus aucune trace de bleu? Vous saisissez peut-être mieux maintenant pourquoi j'ai dit que le nombre d'AVOGADRO ne pourrait être introduit dans le calcul.

Je crois qu'on est plus près de la réalité en comparant la « sensibilisation » d'un solvant par une substance à la souillure d'une boule blanche par une trace de bleu, qu'en envisageant seulement la *quantité* respective de boules et de colorant qui peut s'exprimer par *un nombre*.

Et en y réfléchissant bien, c'est une représentation analogue du phénomène qui a prévalu dans l'esprit de ceux qui ont cherché à modifier le procédé de dilution de HAHNEMANN, surtout dans un but de sécurité.

KORSAKOW a préconisé le flacon unique pour « être sûr » de retrouver trace de la substance initiale dans les dilutions élevées.

Ceux qui, les premiers, ont fait de la fluxion continue, ont aussi pensé que le moyen était « sûr » pour que la « sensibilisation » se fasse entièrement sans aucune possibilité de « trou » dans la suite des dilutions.

C'est aussi pourquoi je suis venu à insister sur l'emploi du turbo-dynamiseur, basé sur le principe de fluxion continue, et prétends que cet appareil est celui qui donne le maximum de garantie, quant à son principe, pour la fabrication des hautes dilutions.

Je me permets de revenir encore à ma comparaison des boules blanches ; essayons de nous en servir pour analyser le fonctionnement du turbo-dynamiseur. Au départ, boules

blanches et bleues sont brassées énergiquement, les bleues disparaissent et toutes les blanches sont colorées en bleu. Au fur et à mesure que de nouvelles boules sont ajoutées, elles se colorent aussi en bleu, la couleur devient de plus en plus pâle, puis vient un moment où, nous le supposerons, les boules teintées ne peuvent plus céder de couleur aux nouvelles boules ajoutées.

Qu'advient-il à ce moment-là ? Les boules bleues et blanches vont coexister, mais quand le nombre des blanches sera égal au nombre des bleues, il n'y aura plus aucune raison pour que, par le trop plein, sorte plutôt une bleue qu'une blanche. Il sera donc impossible de prévoir à partir de quel moment le réservoir ne contiendra plus *que* des blanches et même si ce moment arrivera *jamais*.

En tout cas, on comprend parfaitement, par cet exemple, qu'aucune loi mathématique ne pourra jamais rendre compte de l'ensemble des phénomènes depuis le commencement jusqu'à la fin, puisque même il n'a sans doute pas de fin, et on comprendra encore mieux pourquoi il est téméraire d'étendre aux phases successives du phénomène de dilution une loi qui peut sembler vraie dans la première, mais n'est contrôlable qu'à son début.

Tout ceci peut donner à réfléchir de différentes manières.

Tout d'abord, lorsque la solution d'un problème comme celui de la haute dilution échappe au point de vous « réduire » à faire une hypothèse, il ne faut pas croire qu'on ait *le droit* de faire *n'importe quelle* hypothèse. C'est reconnaître une infériorité, en somme, plutôt qu'exercer un droit. Il faut être modeste, ne faire comme hypothèse que la plus petite, la plus juste, la plus précaire, celle qui a le moins de chances de durer en tant qu'hypothèse. J'essaie de faire ainsi. Je ne fais intervenir aucune entité mystérieuse, je n'ai parlé ni de radiations, ni d'ondes, ni d'aucune vertu quasi-spirituelle de la matière. Je vous ai simplement demandé de vous faire une représentation (un peu grossière) de la structure moléculaire d'un corps quelconque ; j'ai remplacé les forces d'affinité par des forces mécaniques, les attractions moléculaires par la notion simple de la coloration d'un corps dur au frottement d'un autre corps. Et c'est tout.

Il existe sûrement des explications plus attrayantes, mais pas de plus simples. J'ai montré que la dilution n'est pas un phénomène unique, mais un phénomène à phases multiples

qui découlent les unes des autres, dont aucun calcul ne peut rendre compte ; à partir d'un certain moment, même, la loi supposée est remplacée par une indétermination complète ; d'autre part, j'ai montré comment on pouvait comprendre le mode de préparation des dilutions et les principes qui ont inspiré les différentes méthodes ; enfin, que le problème de la haute dilution ne peut pas se traiter abstraitement, en dehors de la substance et des méthodes qui servent à la préparer.

Je voudrais terminer sur des réflexions d'ordre pratique.

On ne devrait jamais dire : une 30e, une 200e, une millième, sans dire de quelle substance il s'agit, ni sans entendre par quelle méthode et comment elle a été préparée. Faute de ceci, on se condamne à l'imprécision perpétuelle.

Pour que les observations cliniques puissent entrer dans un ensemble cohérent de recherches, il faudrait trouver une notation précise, absolument sans équivoque, concernant les dilutions, sur laquelle on se mettrait d'accord. Jusque-là, on ne peut pas leur accorder une valeur générale, transmissible.

Enfin, j'en arrive à cette question qui me semble capitale :

Pourquoi cherche-t-on, dans les dilutions, à vouloir que la matière ait une vertu, une puissance, une action, un dynamisme d'un ordre un peu surnaturel? extra-matériel? Je n'en vois pas la nécessité. Connaît-on les limites véritables de l'action « matérielle » d'une substance sur un organisme? Pourquoi supposer, dès que cette action est différente de celle de la dose ordinaire, qu'elle est extra-matérielle? Il n'y a aucune raison valable pour cela.

Voici, à mon sens, comment se pose réellement la question. Si une substance n'a aucune action sur un organisme à une dose moyenne quelconque, comment supposer que cette même substance ait une action à la dose $1/10^{10}$ par exemple?

Cependant le « fait médical » est là, la dose $1/10^{10}$ agit (notons que cette dose se calcule, s'estime, mais ne se mesure pas). C'est ce que j'appellerai le « paradoxe pharmacodynamique » de l'homœopathie.

Comme toujours, en pareil cas, mille explications surgissent qui, le plus souvent, ne sont que des assemblages de mots qui se partagent entre eux le mystère pour qu'on l'aperçoive moins.

Aucune ne me satisfait et je ne les considère que comme des hypothèses compliquées. Je préfère alors formuler franchement une hypothèse simple et dire que : entre la dose pondérable,

inactive, et la dose impondérable, active, il n'y a qu'une différence d'état physique. Autant qu'il ne sera pas prouvé qu'une différence d'état physique est nécessaire et suffisante pour rendre active, sur l'organisme, une substance précédemment inactive, ne cherchons pas d'explication plus compliquée.

On me répondra : mais c'est impossible, l'action avérée de dilutions extrêmement élevées rend votre explication d'ores et déjà insuffisante.

Là, je me permets de faire cette remarque : personne n'a le droit d'affirmer qu'une dilution d'une substance déterminée est extrêmement élevée.

J'en ai donné tout à l'heure les raisons ; le phénomène de dilution est discontinu, régulier au début, irrégulier ensuite.

Quand on prépare, donc, une haute dilution, en fin d'opération, on peut se trouver dans « un palier », une région du phénomène où la substance possède un état physique particulier, que nous appellerons provisoirement « état haut dilué ». Mais, cet état, la substance le possédait peut-être déjà à une concentration précédente, plus forte. Et il serait logique d'admettre que, passé une certaine « frontière », on ne communique plus aucune vertu nouvelle à la substance en continuant à diluer. L'idée que chaque opération ajoute, progressivement, quelque chose au remède me paraît difficile à soutenir.

***

Je peux donc résumer ce qui précède de la façon suivante : « Il n'est pas prouvé qu'une simple modification d'état physique ne suffise pas à communiquer à une substance un pouvoir d'action sur l'organisme, la vertu thérapeutique que l'homœopathie attend d'elle. »

Donc, essayons de trouver au laboratoire un moyen de montrer quelle modification d'état produit la dilution, essayons de suivre cette modification, d'en comprendre le mécanisme, d'en vérifier les effets.

C'est ce travail que nous avons bon espoir de mener à bien et qui pourra nous servir, non à résoudre directement le problème des dilutions, mais à le contourner et, en jetant la lumière sur les points restés obscurs, montrer, qu'en somme, il n'existe pas. (*Applaudissements.*)

Après-midi

Dr Kopp, président :

Mesdames, Messieurs, nous allons ouvrir la séance. Je donne la parole au Dr Castueil qui va nous parler des *Myocardites envisagées dans l'esprit de notre méthode.*

Dr Octave Castueil, médecin consultant à Vichy :

LES MYOCARDITES ENVISAGÉES DANS L'ESPRIT DE NOTRE MÉTHODE

Les auteurs classiques divisent les myocardites en deux catégories :

les myocardites aiguës,

les myocardites chroniques.

C'est très clair, au premier abord, mais on ne tarde pas à s'apercevoir, à la lecture, qu'une certaine confusion règne dans ce chapitre des maladies du cœur.

Les subdivisions qui nous sont proposées sont beaucoup plus théoriques que réelles. Où finissent les myocardites aiguës? Où commencent les myocardites chroniques? Existe-t-il des myocardites chroniques d'emblée?

Pour résoudre ces questions, je me trouve en présence de discussions sans fin et plutôt vaines.

Même confusion, en ce qui concerne la pathogénie. Le germe infectieux est-il déposé dans le myocarde? Est-il localisé sur un point quelconque de l'économie, d'où il secrète une toxine diffusible? D'autre part, trois maladies infectieuses joueraient un rôle prépondérant dans l'histoire de la myocardite aiguë : la fièvre typhoïde, la diphtérie et le rhumatisme articulaire aigu. La variole et la scarlatine n'auraient qu'une influence secondaire. Quant aux autres infections, elles seraient presque

négligeables. La myocardite, en effet, resterait exceptionnelle dans l'érysipèle, la pneumonie, la gonococcie, la méningite cérébro-spinale, le paludisme aigu, le choléra, la grippe, la suette miliaire, la morve aiguë, le typhus exanthématique.

L'intoxication phosphorée ou arsenicale provoque des accidents aigus, souvent mortels, en déterminant la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire du cœur. La nicotine agirait également sur cette dernière, tout en ayant une action peut-être plus marquée sur l'innervation cardiaque. Il en est de même pour la digitale et l'ouabaïne. Quant à l'alcool, il serait plutôt à l'origine des myocardites chroniques.

La myocardite chronique se rencontrerait dans la goutte, le diabète, l'obésité et dans certaines formes de rhumatisme chronique. La syphilis, qu'elle soit héréditaire ou acquise, marque fortement son empreinte sur le muscle cardiaque, de préférence, dit Dieulafoy, au niveau du ventricule gauche, tandis que les valvules ne seraient atteintes qu'exceptionnellement. Pour la tuberculose, le fait serait plus rare. Je le veux bien, s'il s'agit de ces lésions visibles non seulement au microscope, mais encore à l'œil nu. Toutefois, le cœur participe certainement à l'infection tuberculinique chronique qui s'étend à tout l'organisme. Il en est de même lorsqu'il s'agit du paludisme, bien que la médecine officielle semble émettre un doute à ce sujet.

Les intoxications, lentes ou répétées, alcoolisme, tabagisme, saturnisme, intoxications alimentaires, doivent également être incriminées, qu'il s'agisse de myocardite chronique comme de myocardite aiguë.

Ces distinctions, commodes à établir dans les livres, sont beaucoup moins simples à constater, lorsque nous observons les malades.

D'ailleurs, l'expérimentation n'a-t-elle pas permis à Mollard et à Regaud, avec la toxine diphtérique, à Chantemesse et à Lamy, avec la toxine typhique, de produire des lésions chroniques du myocarde, alors que ces deux toxines étaient uniquement considérées comme des facteurs de myocardite aiguë.

Merklen et Rabé ont fait une grande part à la myocardite par auto-intoxication, qui serait, d'après eux, la plus commune des myocardites chroniques. D'autre part, Chauffard nous montre comment les sels biliaires impressionnent la fibre musculaire cardiaque et admet une myocardite par

intoxication biliaire. Cet auteur considère également qu'une alimentation trop abondante, et surtout carnée, peut conduire à la sclérose du myocarde.

D'une façon générale, les ouvrages classiques envisagent pour la myocardite chronique des causes prédisposantes : hérédité, âge, profession, sexe, climat, ainsi que les atteintes infectieuses ou toxiques antérieures, ce qui explique que le cœur de l'adulte ou du vieillard soit plus facilement lésé que celui de l'enfant. Ils admettent aussi que la myocardite chronique est exceptionnellement isolée, et ceci se rapproche de la conception que se font les homœopathes de la morbidité d'un sujet. Cette myocardite peut être prépondérante, mais, le plus souvent, elle évolue au milieu de syndromes complexes relevant de l'artério-sclérose et des altérations viscérales concomittantes : aortite, néphrite chronique, hypertension artérielle. Nous savons tous, d'ailleurs, qu'un diagnostic de myocardite chronique est difficile à poser et se confond souvent avec celui d'une autre cardiopathie ou d'une affection pulmonaire ou rénale.

En ce qui concerne les lésions elles-mêmes, nous pouvons nous perdre également dans des commentaires à perte de vue, imputables, les uns aux partisans exclusifs de la myocardite parenchymateuse, les autres à ceux de la myocardite interstitielle. HUGUENIN, pourtant, aborda autrefois le problème dans un esprit plus éclectique. Pour lui, le poison, comme c'est vraisemblable, exerce une action diffuse sur le muscle, sur le tissu conjonctif et sur les vaisseaux.

Par la suite, cette thèse obtint la majorité des suffrages. Mêmes controverses pour ce qui est des lésions de sclérose circonscrite ou diffuse attribuables à la myocardite chronique. Les lésions portent-elles sur la cellule musculaire? Sur le tissu interstitiel? En réalité, les deux sont frappés.

Pour ma part, je vais vous répéter, à propos des myocardites, ce que j'ai déjà dit, il y a quelques mois, en traitant des ictères infectieux.

Nous devons, une fois de plus, nous en rapporter aux conceptions de Léon VANNIER. « La classification actuelle des maladies constitue un leurre qui tend à s'effriter, de plus en plus, sous les coups répétés que lui portent les hommes de bon sens... Considérer la maladie comme un état immuable, dû à une cause objective nettement définie, est une conception insensée. » N'interprétons jamais l'atteinte morbide d'un

organe comme un fait isolé, mais comme un trouble inhérent à une perturbation de l'organisme tout entier, et disons-nous que l'agent microbien « signe de gravité incontestable », ne joue qu'un rôle secondaire et « n'a pu s'installer, vivre et proliférer qu'à la faveur d'un état toxinique préalablement développé ».

C'est ainsi, d'ailleurs, que la médecine officielle admet, sans donner une interprétation précise des faits, que les conditions spéciales créées pendant les années de la grande guerre ayant provoqué la multiplication et l'exaltation de virulence des germes d'infection tels que streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, il en est résulté une reviviscence des septicémies de l'ancienne pathologie et le retour des myocardites suppurées. Les microbes sont devenus plus virulents sous l'influence d'un terrain complètement saturé de toxines et qui, d'ailleurs, résistait, de ce fait, plus faiblement à leur attaque.

Ce que je viens de dire n'est pas en contradiction, d'ailleurs, avec le fait que chaque germe infectieux puisse montrer une prédilection marquée pour tel groupe d'organes, tel organe, tel tissu. C'est ainsi que, dans le processus rhumatismal, il ne faut pas être surpris que la toxine bactérienne, qui montre tant d'inclination pour les muscles, soit particulièrement attirée par celui dont l'activité est incessante, et qui est situé entre deux membranes de revêtement si souvent atteintes par elle.

En conséquence de tout ce qui précède, je vous propose, comme je l'ai fait pour les ictères infectieux, de diviser les myocardites en deux grandes classes :

a) Les myocardites toxiques ;

b) Les myocardites toxiniques.

Dans la première catégorie, nous ferons entrer les myocardites consécutives à l'action du phosphore, de l'arsenic, de la digitale, de l'ouabaïne, de l'alcool, de la nicotine, des sels biliaires et de toute intoxication alimentaire ou autre. Nous y ferons également figurer les myocardites des affections dites par carence, le béribéri, par exemple, où le cœur se dilate par action sur le myocarde de substances intermédiaires du métabolisme des glucides.

Dans la seconde, nous classerons les myocardites dues à tous les agents d'infection, qu'il s'agisse de germes, de microbes, visibles ou invisibles, de virus, d'ultra-virus, qui

préexistaient dans l'organisme, et dont la virulence s'est exacerbée, ou qui viennent de s'y introduire, qu'il s'agisse encore de toxines d'origine exogène ou endogène. Dieulafoy ne disait-il pas, il y a longtemps déjà, que, dans tous les cas, il faut faire jouer un certain rôle aux produits de désassimilation accumulés dans le sang. A eux seuls, en effet, ils seraient capables d'altérer la vitalité des éléments du muscle cardiaque.

Dans les deux catégories que je viens d'indiquer, nous pourrons faire figurer toutes les myocardites, qu'elles se manifestent simplement par un affaiblissement, une irrégularité des battements du cœur et du pouls, ou par la disparition du premier bruit et l'apparition, à sa place, d'un souffle ; par un second bruit persistant mais assourdi, au point de n'être plus qu'un frôlement léger ; par des palpitations douloureuses, de la dyspnée d'effort, de la dyspnée aiguë asthmatiforme, une tension artérielle élevée, un bruit de galop, de l'arythmie, des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires, un cœur augmenté de volume, un foie plus ou moins gros, des poumons congestionnés, car ces signes ne marquent que des degrés divers dans la marche de l'affection et de l'imprégnation toxique ou toxinique du malade.

Si la classification que je vous propose apporte quelque clarté du point de vue étiologique, son intérêt réside surtout, à mes yeux, dans l'aide qu'elle peut nous apporter lorsqu'il s'agit d'instituer le traitement du malade.

J'ai adressé récemment au Dr Léon Vannier un travail : *Pour une meilleure application de la loi d'identité*, destiné à « L'Homœopathie française ».

La question des isothérapiques morbides mise à part, où elle est d'ailleurs souvent assez mal appliquée, les homœopathes n'ont pas accordé à cette loi l'importance qu'elle mérite et n'en ont pas tiré toutes les conséquences possibles.

Comme le dit Collet, « si la véritable médication doit être un agent semblable à celui du mal, rien n'est plus semblable à l'agent du mal que l'agent du mal lui-même ».

En conséquence, lorsque nous sommes en présence d'une myocardite toxique, nous prescrirons pour la combattre, à doses infinitésimales, le poison qui, absorbé en quantité plus ou moins considérable, est responsable du méfait. Je juge inutile de nous livrer à de plus subtiles recherches et d'aller poursuivre ailleurs le simillimum. C'est déjà ce que j'ai dit, à propos des ictères, lors d'une communication au Centre

D'ÉTUDES HOMŒOPATHIQUES DE PROVENCE ET DU LITTORAL, en décembre 1937.

Donc, s'il s'agit d'une myocardite consécutive à l'action du phosphore, de l'arsenic, de la digitale, de l'ouabaïne, du tabac, de l'alcool ou de tout autre toxique, nous penserons immédiatement à *Phosphorus*, *Arsenicum*, *Digitalis*, *Ouabaïna*, *Tabacum*, *Ethylicum* ou au toxique en cause, sous forme de dilution.

Je vais envisager d'une façon un peu particulière le traitement de la myocardite béribérique ; son grand remède, et celui du béribéri en général, est actuellement la vitamine B 1, sous forme d'injections hypodermiques. Nous prescrivions autrefois, en pareil cas, lorsque j'étais en Cochinchine, des galettes de son de riz, avec de très bons résultats. Ce procédé, moins perfectionné, était issu du même principe et, thérapeutiquement parlant, peut-être plus complet. Considérant aujourd'hui le traitement du point de vue homœopathique, je pense qu'il serait intéressant aussi bien dans un but préventif que curatif, de faire absorber aux béribériques ou aux individus menacés par la maladie, même sans rien changer à leur régime alimentaire, des dilutions de riz blanc, bien que la question soit plus complexe ici qu'avec un toxique d'emblée. En effet, l'intoxication n'est produite en pareil cas que par des substances intermédiaires du métabolisme des glucides. Ce métabolisme, pour des raisons qui ne sont pas encore très claires, demeurant incomplet, en l'absence des vitamines, je pense que le même phénomène se produirait vis-à vis des dilutions homœopathiques de riz introduites dans l'organisme et qu'elles donneraient naissance, à un moment donné, à des doses infinitésimales du produit qui détermine de véritables désastres pathologiques en se développant à doses toxiques dans le bol alimentaire. En vertu de la loi d'identité, l'infinitésimal antidoterait ou chasserait le pondérable, comme il le fait ailleurs... La question mérite d'être expérimentée.

Je ne puis le faire moi-même, faute de malades nécessaires. Peut-être se trouvera-t-il un médecin colonial pour le tenter ?

Avons-nous affaire à une myocardite toxinique, ne nous hâtons pas de nous remémorer les remèdes généralement en faveur dans la myocardite ; pensons d'abord à celui qui paraît plus spécialement indiqué par l'ensemble des signes présentés par le malade, même s'il n'est pas particulièrement prôné

pour son action sur le myocarde. Bien choisi, il commencera par mettre en liberté l'ensemble des toxines et, par conséquent, celles qui ont plus particulièrement dirigé et fixé leur nocivité sur le cœur.

Nous devrons évidemment, dans les formes graves, leur adjoindre un remède plus spécialement réclamé par un symptôme cardiaque inquiétant : *Moschus*, *Arsenicum*, *Cactus grandiflorus*, *Kalmia latifolia*, *Iberis amara*, *Spigelia* et d'autres. Vous en connaissez, mieux que moi, la liste et les symptômes.

Enfin, nous aurons recours avec succès aux nosodes : *Luesinum*, *Psorinum*, *Medorrhinum*, à un isothérapique préparé avec les crachats ou la salive du malade, avec son urine ou avec son sang, à des toxines bactériennes ou à des venins de serpents : *Naja*, *Lachesis*, *Vipera*, véritables toxines animales qui s'opposent, en doses infinitésimales, à certaines toxines humaines.

Il faudra enfin rétablir l'équilibre fonctionnel du foie. Je vous ai trop souvent entretenu de ce chapitre de la thérapeutique pour y revenir ici. Je veux cependant dire quelques mots sur *Digitalis*, à la clarté des notions que je viens d'exposer. Ce remède apparaît toujours dans notre esprit comme un puissant tonique du cœur ; nous ne tenons peut-être pas toujours assez compte de son action hépatique. *Digitalis* a un foie gros et douloureux, des selles décolorées, de l'ictère. C'est un remède d'insuffisance fonctionnelle hépatique. Par conséquent, lorsque nous trouvons son indication dans la myocardite, il constitue à lui seul un traitement complet, combattant non seulement les effets, mais la cause du mal, car il permet au foie de brûler et d'éliminer de nouveau les toxines et d'opposer sa barrière aux toxiques. De plus, comme il agit remarquablement sur les reins, c'est un excellent draineur.

Telles sont les quelques considérations que j'ai tenu à vous exposer à propos de l'étiologie et du traitement des myocardites. Évidemment, elles ne sont pas nouvelles ; mais j'ai essayé de les mettre au point et de les coordonner et surtout d'attirer votre attention sur certaines conséquences de la loi d'identité, conséquences trop souvent négligées et même ignorées, malgré les grands services qu'elles peuvent nous rendre.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Nous félicitons le Dr Castueil pour son très intéressant travail. Sa classification tant thérapeutique que toxique et toxinique peut nous rendre de grands services.

Dr Borliachon :

Je tiens à ajouter mes félicitations au Dr Castueil pour sa très intéressante communication à celles que vient de lui exprimer notre président. Il me permettra cependant de faire certaines réserves. Si j'ai bien compris ce qu'il a exposé au point de vue des myocardites toxiques, il préconise l'emploi autant que possible du toxique lui-même qui a déterminé la maladie. Je me demande si cette façon de procéder ne serait pas parfois dangereuse, car l'application de la loi d'identité, au moment où le malade est imprégné par un poison, l'absorption de l'identique à haute dose, peut déterminer de graves réactions.

Dr Castueil :

Je ne dis pas de l'employer à haute dose, c'est à vous de voir suivant les malades si vous devez l'employer en basse, moyenne ou haute dilution. Je crois que c'est une application qui peut nous rendre de grands services et que ne connaissent pas suffisamment les homœopathes.

Dr Borliachon :

Les homœopathes connaissent bien cette question, mais ils ne l'ont pas résolue dans ce sens. Nous avons préféré depuis longtemps, depuis Hahnemann, l'application de la loi d'analogie à la loi d'identité. De même pour la vaccination où l'on vaccine contre la variole avec la lymphe, produit de la vaccine, et non pas avec la variole. Autrefois, quand on faisait la variolisation pour protéger de la variole, on avait des accidents beaucoup plus graves qu'on n'en a avec la vaccination en inoculant la vaccine ou cow-pox. Je crois, pour ces mêmes raisons, que la loi d'analogie est préférable à la loi d'identité.

En tout cas, du point de vue du laboratoire, votre observation est très intéressante, et il serait bon de faire des expé-

riences sur les animaux en essayant de déterminer des myocardites toxiques avec l'arsenic et autres produits, et ensuite de les soigner avec l'identique. Mais, jusqu'à preuve du contraire, personnellement j'hésiterais à employer cette méthode.

Dr Castueil :

Comme vous venez de nous le dire, vous n'en avez pas la pratique. C'est une question que j'étudie depuis près de deux ans et qui peut avoir d'heureuses conséquences. Vous verrez mon article que le Dr VANNIER est décidé à faire paraître dans *L'Homœopathie française.* La loi d'identité est une question que nous ne connaissons pas assez.

Dr Borliachon :

Ce serait une grosse simplification de l'homœopathie. Mais HAHNEMANN l'a déjà rejetée.

Dr Castueil :

C'est ce que j'explique dans mon article, mais, par la suite, vous savez que COLLET a été un grand propagateur de cette idée. Je l'ai reprise, à mon tour, à Vichy, avec des hépatiques, et d'après mon expérience de deux ans environ, je crois qu'il y a un réel intérêt à donner chez des malades intoxiqués le toxique dilué qui a causé l'intoxication. Mais je ne dis pas de le donner toujours à haute dose. Ça dépend des cas. En général, il vaudra peut-être mieux le donner en basse dilution, ou encore à la 30e et quelquefois à la 200e.

Je voudrais voir les homœopathes expérimenter cette loi d'identité.

Dr Borliachon :

Mais alors il vaudrait mieux expérimenter sur les animaux, car, personnellement, j'aurais peur.

Dr Castueil :

Vous n'avez rien à craindre.

Dr Borliachon :

Je fais des réserves.

Dr Castueil :

Je vous certifie que j'ai pratiqué ainsi maintes fois sur des hépatiques sans inconvénient, mais toujours, au contraire, avec des résultats satisfaisants, si bien que je suis devenu un adepte de cette idée. Et je crois qu'il y a beaucoup à faire dans ce sens.

Dr Lavezzari :

Vous n'avez pas fait récemment d'observations cardiaques?

Dr Castueil :

Je vois surtout des hépatiques. Évidemment, ce que je vous ai dit, au cours de ma communication au sujet des myocardites, n'est qu'hypothèse. Je ne peux pas vous apporter d'observations concluantes.

Dr Lavezzari :

Vous dites que depuis deux ans vous avez expérimenté?

Dr Castueil :

Sur des hépatiques.

Dr Lavezzari :

L'hépatique est souvent un cardiaque.

Dr Castueil :

Même dans ces cas-là, l'application de l'identique paraît donner d'excellents résultats, mais comme je viens de l'exposer, quand il s'agit des myocardites proprement dites, je n'ai émis que des hypothèses, comme, d'ailleurs, pour ce que j'ai indiqué à propos du béri-béri ; je crois qu'il serait très inté-

ressant pour des médecins coloniaux d'essayer des dilutions de riz blanc.

Dr Borliachon :

A ce sujet, je voudrais vous poser une question : Si le béribéri est une maladie par carence ?

Dr Castueil :

Non.

Dr Borliachon :

Vous ne croyez pas que c'est une maladie par carence?

Dr Castueil :

Non, je ne le crois pas.

Dr Borliachon :

Je ne veux certes pas vous adresser une critique parce que vous avez à ce sujet une opinion originale, mais je voulais vous la faire préciser car vous allez ainsi à l'encontre des doctrines admises et qui paraissent bien établies par la clinique et le laboratoire.

Dr Castueil :

Je pense que c'est une véritable intoxication du fait de l'absence de vitamines.

Dr Borliachon :

Vous le pensez? Cependant les théories toxiques ou infectieuses sont anciennes et ont été rejetées.

Dr Castueil :

En réalité, c'est une véritable intoxication qui se produit lorsque le riz est privé de ses vitamines. Un biologiste de mes

amis, que j'ai longuement interrogé à ce sujet, m'a dit qu'il partageait cette façon de voir et qu'il considérait le béri-béri comme une maladie par intoxication, dans les conditions que je viens d'indiquer.

Il faudrait faire des expériences. Quand je n'étais pas encore homœopathe, j'ai soigné des centaines, pour ne pas dire des milliers de cas de béri-béri ; depuis que je fais de l'homœopathie je n'en ai pas vu un seul cas.

Dr Borliachon :

Ils guérissent cependant quand on donne du riz non glacé, avec sa cuticule.

Dr Castueil :

Lorsque j'étais en Indochine, un pharmacien colonial de l'Institut Pasteur de Saïgon, M. Bréaudat, nous avait indiqué cette façon de procéder. Il faisait préparer au laboratoire des galettes de son que nous donnions aux malades. Nous obtenions des résultats surprenants, ceux qu'on obtient aujourd'hui de façon plus compliquée avec la vitamine 1 dont j'ai parlé.

Dr Lavezzari :

Et les injections intra-veineuses dans les cas de névrite cardiaque par exemple? vous n'avez pas vu personnellement d'amélioration?

Dr Castueil :

Je ne me suis plus occupé du béri-béri depuis mon séjour en Indochine.

Dr Lavezzari :

Mais depuis les deux ans que vous expérimentez?

Dr Castueil :

J'ai beaucoup de coloniaux dans ma clientèle ; si l'un de mes

malades hépatiques, par exemple, attribue le début de ses troubles à des injections de quinine, immédiatement je lui donne de la quinine diluée ; si un autre attribue le début de ses troubles hépatiques à une absorption d'antipyrine ou de salicylate de soude ou de gardénal, je lui donne antipyrine, salicylate ou gardénal à dose homœopathique.

Evidemment, il faudrait des expérimentations multiples ; c'est pour cela que je vous demande d'en faire vous-mêmes, dans ce sens.

Dr de la Fuÿe :

Au point de vue de la loi de similitude et au point de vue de la loi d'identité...

Dr Castueil :

Les deux vont ensemble. Je ne le conteste pas.

Dr de la Fuÿe :

... Il m'est arrivé de voir un intoxiqué par le tabac au point qu'il avait des vertiges, eh bien ! je n'ai pas hésité, je lui ai donné *Tabacum* et j'ai obtenu un résultat.

Dr Castueil :

Vous me faites le plus grand plaisir, car j'ai enregistré un cas semblable.

Dr de la Fuÿe :

Là ce n'est plus de la similitude, c'est de l'identité.

Dr Castueil :

Le Dr Vannier m'a promis de faire paraître mon article dans *L'Homœopathie française* du mois de juin et je cite justement le cas d'un malade intoxiqué par le tabac ; il avait été soigné par divers médecins homœopathes, sans succès, je dois le dire ; je lui ai donné *Tabacum*, il a été amélioré aussitôt.

Dr de la Fuÿe :

Voici la prescription que j'ai faite : *Tabacum* 200 une fois tous les quinze jours, et *Tabacum* 30 une fois tous les deux jours.

Dr Castueil :

Ça confirme ce que je viens de dire.

Dr de la Fuÿe :

Tous les vertiges de ce malade ont disparu.

Dr Castueil :

Je vous remercie de votre intervention, car cette question offre un grand intérêt et simplifierait beaucoup la pratique de l'homœopathie.

Dr Lavezzari :

Trop peut-être.

Dr Castueil :

Je ne suis pas de cet avis. Nous désirons qu'elle devienne accessible à tous les médecins. Quantité de confrères viennent à l'homœopathie et au bout de deux ou trois mois désertent nos rangs en disant : C'est trop compliqué et difficile. L'application de la loi d'identité serait bien plus simple, tout au moins pour certains cas.

Dr Lavezzari :

Je pense qu'il faut obtenir d'abord une désensibilisation de l'organisme qui permet l'action d'un médicament homœopathique adéquat.

Voici comment je concevrais la chose : donner une dilution de *Tabacum* 30e ou 200e par laquelle on désensibilise l'organisme en permettant une action plus profonde et curative du prochain remède homœopathique.

Dr Castueil :

C'est possible. Ce sont là des questions à étudier.

Dr Lavezzari :

Si Hahnemann et les autres avaient reconnu que la loi d'identité seule suffise, évidemment le problème aurait été simplifié dès l'abord.

Dr Castueil :

Non seulement il ne disait pas cela, mais il niait absolument — je le dis dans mon article — cette loi d'identité. C'est seulement Collet, quelques années plus tard, qui a écrit un volume très instructif là-dessus que — je dois le dire — je ne connais complètement que depuis peu de temps. J'ai vu là des choses qui m'ont surpris et dirigé dans cette voie nouvelle pour moi.

Il est entendu que la loi d'identité n'exclut pas la loi de similitude.

Dr Borliachon :

Le principe d'identité appliqué dans le domaine fonctionnel peut ne pas être dangereux, mais dans les troubles organiques je vous avoue que j'aurais peur.

Dr Castueil :

C'est à nous à expérimenter tout cela. Mais je crois que c'est une idée très intéressante.

Dr Lavezzari :

Oui.

Dr Castueil :

C'est là le point de départ de travaux extrêmement précis.

Dr Schmitt :

Je voudrais argumenter la communication du Dr Castueil sur deux points :

1o Doit-on, en présence d'un toxique connu, donner le même toxique à dose homœopathique?

Si nous sommes en présence d'un intoxiqué chronique par l'arsenic, allons-nous lui donner *Arsenicum album* d'abord, préférerons-nous l'antidote homœopathique d'*Arsenicum?*

Dans un programme d'expérimentation que j'ai élaboré, mais que je regrette de n'avoir pas eu la possibilité d'exécuter, j'avais songé à intoxiquer un chien par des petites doses fractionnées de strychnine jusqu'à ce que l'animal présente une contracture musculaire permanente. A ce moment, je projetais de lui administrer *Strychninum* 200 ou 1000, pensant que l'animal mourrait immédiatement dans une crise de contracture généralisée.

Car cette strychnine accumulée peu à peu et soudain libérée par *Strychninum* 200 ou 1000 doit, dans ma pensée, déterminer une crise aiguë comme si l'animal venait de recevoir en une seule fois la totalité de la strychnine qu'il a accumulée au cours de ses prises par petites doses fractionnées.

Si mon hypothèse se trouvait vérifiée, il semblerait que la désintoxication du malade par son toxique à dose homœopathique comme l'envisage le Dr Castueil, puisse parfois, et pour certaines substances, réserver des surprises désagréables.

2o Rôle de l'infection cryptique et de l'insuffisance hépatique chez les cardiaques.

Je voudrais signaler l'intérêt que cette question présente en stomatologie.

Nous connaissons tous les réserves de microbisme latent ou d'intoxication permanente que peuvent réceler certains organes, les amygdales par exemple, et le rôle qu'on leur a attribué non seulement dans certains rhumatismes ou certaines anémies, mais encore dans certaines myocardites et endocardites, les endocardites malignes en particulier.

Au niveau des dents dévitalisées, à l'extrémité de leurs racines, dans leur région « apicale », des réserves analogues peuvent exister, simples réactions apicales ou granulomes constitués.

Ces formations septiques restent le plus souvent latentes et sont fréquemment des découvertes de radiographie, mais elles peuvent cependant déverser en permanence des microbes ou des toxines dans l'organisme.

Il semble bien que ces formations, bien que causées le plus souvent par la dévitalisation des dents, ne soient pas toujours

imputables à une infection au cours du traitement dentaire, mais que l'infection la plus fréquente soit d'origine sanguine, les microbes trouvant là une zone de moindre défense de l'organisme, où ils peuvent vivre insidieusement.

Ces formations semblent d'ailleurs plus fréquentes chez certains individus, les tuberculiniques en particulier, et les patients qui suppurent à la moindre cause.

Tant que le foie joue son rôle antitoxique, les toxines déversées peuvent être neutralisées, mais chez les déficients hépatiques, l'intoxination s'effectue librement et continuellement.

La recherche par principe de ces lésions par radiographies intrabuccales pourra être précieuse chez de nombreux malades. L'extraction, également par principe, des dents présentant de telles lésions sera une des grandes thérapeutiques de ces accidents généraux. Les travaux des auteurs américains ont bien mis en évidence ces points.

Mais je voudrais signaler l'intérêt que pourrait présenter un isothérapique prudemment manié, constitué par les granulomes eux-mêmes recueillis au cours de l'extraction.

Je terminerai en signalant que certains foyers pyorrhéiques profonds, serpigineux, peuvent être tenus pour responsables d'accidents analogues et que l'isothérapie à base de sang gingival prélevé à leur niveau peut être particulièrement efficace.

Je profite d'ailleurs de ces considérations sur la préparation des isothérapiques sanguins pour rappeler les conclusions de ma communication au Congrès de 1936, tendant à établir que le lieu d'élection pour la prise de sang en vue d'un isothérapique sanguin était la région gingivale, languettes interdentaires ou ligaments, selon les cas envisagés (1).

Le Président :

Les notions et suggestions de M. Schmitt sont très intéressantes. Les stomatologistes pourraient continuer à étudier cette question de plus près pour donner ultérieurement des communications sur les rapports qui existent entre les affections dentaires et les endocardites.

La parole est au Dr Lavezzari.

(1) Congrès 1936, *Bulletin du Centre Homœopathique de France* (Compte rendu des actes et réunions), fasc. 2, p. 628.

Dr Lavezzari :

Vous connaissez tous l'action indéniable du traitement par l'homœopathie dans les affections cardiaques, aussi n'est-ce pas de ce point de vue spécial que je veux vous entretenir aujourd'hui ; je voudrais vous apporter le point de vue d'un ostéopathe, mais qui connaît bien l'action possible du traitement homœopathique dans les affections cardiaques.

L'OSTÉOPATHIE DANS LES TROUBLES CARDIAQUES

La méthode manuelle ostéopathique est susceptible d'agir profondément et souvent très efficacement dans les maladies de l'appareil circulatoire. Il suffit de penser aux connexions si nombreuses et si délicates qui unissent le cœur au système nerveux pour comprendre, d'une part, la possibilité de cette étiologie et, d'autre part, l'efficacité du traitement manuel ostéopathique.

D'une façon schématique, on peut dire que trois sortes de nerfs influencent et contrôlent en quelque sorte tout le fonctionnement cardiaque. D'une part, les nerfs rachidiens de la première à la cinquième paire dorsale, spécialement les deuxième et quatrième branches dorsales gauches. D'autre part, le nerf phrénique formé par les deuxième, troisième et quatrième nerfs cervicaux et ses anastomoses sympathiques. Enfin, le nerf pneumogastrique qui vient passer en avant de la première vertèbre, l'atlas.

Les lésions ostéopathiques, qui affectent l'une de ces trois régions, sont capables de retentir soit directement sur le muscle cardiaque lui-même, soit sur le rythme cardiaque. Les lésions intéressant les quatre ou cinq premières côtes gauches affectent très souvent les vertèbres dorsales correspondantes et les branches nerveuses afférentes et efférentes.

Dans l'examen ostéopathique d'un cardiaque, on trouve presque toujours une sensibilité et une contracture très nette au niveau des points d'émergence des nerfs cités plus haut et plus spécialement *des quatre premières dorsales et des quatre premières côtes gauches.*

Voici cinq observations de troubles cardiaques que nous avons pu guérir grâce à la réduction de lésions ostéopathiques sur les points indiqués plus haut :

1re OBSERVATION

(Fiche n° 6705)

La première est un cas de *tachycardie paroxystique* qui résistait depuis des mois aux traitements usuels et qui a été complètement guérie après deux traitements.

M. P. T..., 19 ans, nous est adressé, le *24 avril 1937*, par le Dr L..., pour tachycardie paroxystique ayant débuté deux ans auparavant à la suite d'une grosse fatigue sportive. Depuis lors, ce jeune homme a des crises de tachycardie au moindre effort et se sent essoufflé. Il se sent diminué dans son travail et ne peut plus rien entreprendre. Quelques secondes de pas gymnastique font battre son cœur à 180 ou 200. En vain, son médecin a essayé différents tonicardiaques sans obtenir une modification quelconque du rythme cardiaque. Quand nous voyons ce malade, nous trouvons une *sub-luxation très nette de C7 sur D1.* L'apophyse épineuse est légèrement déviée à gauche, toute la *région dorsale supérieure gauche de C7 à D4 est douloureuse* à la pression. Les vertèbres paraissent plus serrées. De plus, la cinquième dorsale paraît légèrement en arrière. Nous corrigeons facilement ces sub-luxations.

Nous revoyons ce malade quinze jours après. Il nous dit ne plus avoir d'oppression et se sentir très bien.

Les palpitations ont complètement disparu.

Nous avons revu ce malade ces jours derniers. Il est parfaitement bien et fait son service militaire dans d'excellentes conditions.

2e OBSERVATION RÉSUMÉE

(Fiche n° 6206)

M. F..., 32 ans, chirurgien-dentiste, nous est adressé par le Dr L. Vannier, le *12 octobre 1936*, pour de la tachycardie avec arythmie et oppression. Le Dr Vannier a constaté lui-même plusieurs lésions ostéopathiques.

Nous trouvons en effet, à l'examen, la *septième cervicale déviée à droite*, une *sensibilité à la pression des quatre premières vertèbres dorsales et un point plus douloureux au niveau de la cinquième dorsale.*

Nous corrigeons ces lésions au cours de deux traitements. M. F..., qui assiste aujourd'hui à notre Congrès, nous affirme que dès le premier traitement, tous ses troubles cardiaques ont disparu, et qu'il n'éprouve plus cette douleur dorsale qui le gênait

énormément dans sa profession de chirurgien-dentiste. La guérison se maintient donc depuis plus de trois ans.

3e OBSERVATION RÉSUMÉE

(Fiche n° 6052)

M. L..., 42 ans, nous est adressé le *9 juin 1936* pour des troubles cardiaques avec lipothymies, vertiges, angoisses. Le moindre effort s'accompagne de tachycardie. M. L... a consulté plusieurs grands spécialistes du cœur, tant en France qu'à l'étranger. Les traitements les plus variés ont été institués et suivis consciencieusement sans résultat. Naturellement, on n'a pas oublié de traiter le sympathique par des médications appropriées. Mais celui-ci, véritable Protée, semble se jouer de tous les efforts des spécialistes.

Quand nous examinons le malade, celui-ci est tout à fait sceptique sur le résultat possible de notre traitement. Il ne consent à l'essayer que pour faire plaisir à une amie guérie par nous.

A l'examen, nous trouvons, entre autres lésions, une *sub-luxation très nette des deux dernières cervicales* que nous corrigeons aussitôt. Dès le lendemain, M. L... se sent transformé et n'a plus de palpitations. Sa tête est tout à fait dégagée, nous dit-il, et il se sent comme libéré d'un poids. Il est redevenu normal. Cette guérison s'est maintenue.

4e OBSERVATION RÉSUMÉE

(Fiche n° 8254)

Mme B..., 39 ans, vient nous consulter pour des douleurs de tête rebelles, accompagnées de palpitations, d'angoisses, de vertiges, d'insomnie et de dépression nerveuse très prononcée. Tous ces troubles sont apparus après un accident d'auto survenu il y a six mois environ. Passant à toute allure sur un cassis, Mme B... avait été projetée en raquette vers le haut de sa voiture. Immédiatement, elle avait éprouvé un violent choc dans le cou et avait nettement perçu un craquement assez fort.

Les palpitations et l'oppression sont apparues dès le lendemain de l'accident. Les calmants essayés n'ont apporté aucun soulagement.

Mme B... se sentit soulagée dès la réduction d'une sub-luxation nette de la *septième cervicale*. Le sommeil normal est revenu et tous les symptômes douloureux, ainsi que la tachycardie, ont disparu.

5e OBSERVATION RÉSUMÉE

(Fiche n° 709)

M. C..., 60 ans, nous est adressé par le Dr L. Vannier le *17 février 1930* pour des crises d'angor pectoris très douloureuses,

consécutives à un accident d'auto survenu deux ans auparavant. Au cours de cet accident grave, M. C... avait reçu un choc très violent sur la région dorsale supérieure et sur le sternum. Immédiatement après, il éprouve de l'oppression, qui disparaît les jours suivants, au point de ne pouvoir reprendre son service. Un mois après, il est pris d'*une crise typique d'angine de poitrine avec engourdissement du bras gauche*. Traitement par piqûres de morphine, puis digitaline, ouabaïne et régime sévère. Tous les médecins consultés diagnostiquent une angine de poitrine et refusent d'admettre un rapport quelconque avec l'accident d'auto.

Pourtant, M. C... leur déclare qu'il a toujours eu une santé parfaite avant l'accident.

Malgré tous les traitements suivis, les crises deviennent de plus en plus fréquentes. C'est alors que le malade va consulter le Dr L. Vannier, qui décèle aussitôt la relation avec l'accident d'auto et m'adresse le malade.

Je constate chez ce malade une *sub-luxation très nette de la cinquième dorsale* et une grosse contracture de toute la région dorsale supérieure gauche. Correction immédiate de la lésion. Nous revoyons ce malade quelques jours après. Il nous dit que toutes ses douleurs ont disparu. *Il n'a plus d'oppression, plus d'engourdissement. Il se sent redevenu comme autrefois*, un homme encore *très actif*, capable de diriger l'usine très importante dont il avait la charge avant son accident. Moralement et physiquement, il se sent complètement transformé, il ne prend plus aucun remède ni tonicardiaque.

Nous pourrions citer de nombreux cas, de nombreuses observations analogues aux précédentes et où nous avons obtenu des résultats tout à fait satisfaisants. Mais cette énumération n'aurait d'autre intérêt que de vous montrer que dans tous ces cas, nous avons trouvé des lésions ostéopathiques, dans les points indiqués plus haut. Il ne faudrait pas croire que le traitement ostéopathique ne peut avoir une action favorable que dans les troubles fonctionnels cardiaques. Il nous est arrivé de soigner des lésions cardiaques confirmées. aortites, dilatations de l'aorte, myocardites, lésions orificielles. Dans ces cas, l'action sur les points qui commandent les centres nerveux du cœur peut être très favorable et apporter un soulagement des plus notables.

Est-ce à dire que le traitement ostéopathique peut agir dans toutes les affections cardiaques?

Il serait puéril de le soutenir. Il est évident qu'un organe aussi délicat que le cœur n'est pas simplement une pompe

aspirante et foulante. Tout ce qui se passe dans notre organisme physique et psychique retentit immédiatement sur le cœur et peut en modifier le rythme et le fonctionnement. C'est donc l'être humain tout entier qu'il faut traiter, pour guérir vraiment les affections cardiaques.

Mais, dans tous les cas où un traumatisme est le point de départ d'un trouble de l'appareil circulatoire, il faut toujours chercher la lésion ostéopathique et la réduire. Naturellement, l'adjonction d'un traitement homœopathique approprié sera toujours des plus favorables.

(*Applaudissements.*)

Dr de la Fuÿe :

Je tiens à faire remarquer la parenté très étroite qui unit l'homœopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture. M. Lavezzari vient de signaler que les points principaux sur lesquels il agit en ostéopathie se trouvent au niveau des premières vertèbres dorsales. Or, il est un point en acupuncture, dont je parlerai tout à l'heure, qui s'appelle le cinquième point du méridien de la vessie et qui se trouve précisément entre les apophyses transverses des cinquième et sixième vertèbres dorsales. Ce point est très important dans les maladies de cœur en médecine chinoise. Et, chose curieuse, il est le point exact de Weihe, *Gelsemium*, lequel remède est employé dans les palpitations émotives, et c'est précisément pour ce symptôme que les Chinois utilisent leur méthode.

Il y a donc là une véritable parenté que je tenais à souligner.

Le Président :

Nous devons remercier M. Lavezzari pour son intéressante communication qui nous prouve une fois de plus son habileté. Il est certain que les malades justiciables de cette pratique devraient pouvoir passer entre des mains aussi expertes que les siennes.

La parole est à M. de Rougemont.

M. Édouard de Rougemont :

L'ÉCRITURE DES CARDIAQUES (1)

Aujourd'hui, je voudrais vous exposer le résultat de nos recherches sur les troubles graphiques chez les cardiaques, dans l'hypertension et l'hypotension.

On peut voir beaucoup de choses dans l'écriture, mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. C'est un élément qui s'ajoute aux autres observations que vous pouvez faire et qui ne peut, en aucun cas, suffire à établir, seul, un diagnostic, pas plus qu'un point de Weihe, des taches sur la peau, etc...

L'étude de l'écriture a ceci de particulièrement intéressant : lorsque le malade est loin de son médecin, elle transmet à celui-ci non seulement ses impressions de malade, mais, à son insu, son véritable état physiologique et mental. Le malade a souvent « l'impression » qu'il est mieux ou plus mal alors que le mal progresse ou regresse.

C'est ceci que je voudrais vous montrer pour me faire pardonner l'audace de parler de maladie à des médecins.

De nombreux médecins se sont occupés et s'occupent de l'écriture des malades. Dans les troubles mentaux, cette étude s'impose, tant l'écriture est ou devient visiblement malade comme le sujet qui écrit.

Les documents que je vais vous montrer m'ont été procurés par le Dr Léon Vannier, le Dr Pierre Vannier, le Dr Cécile Dubost et d'autres médecins avec qui je travaille à des recherches diverses. Je les remercie bien vivement.

Le Dr Pierre Vannier a bien voulu accompagner ses documents de notes précises résumant les principaux troubles cardiaques, ceci pour m'aider dans mes recherches.

Devant vous, il est inutile d'exposer le mécanisme délicat de l'acte d'écrire. L'organisme entier y participe. La pensée et les organes moteurs doivent collaborer en parfait accord.

Le fonctionnement du cœur comporte un rythme et une pression. Ce rythme et cette pression ne peuvent varier que dans les limites déterminées. Au-dessus ou au-dessous de ces

(1) Nous ne pouvons malheureusement pas reproduire dans ce volume tous les documents présentés au cours de cette communication, mais seulement les principaux. (N. D. L. R.)

limites, le fonctionnement du cœur devient anormal. De même dans l'écriture, il y a une pression et un rythme. Cette pression et ce rythme varient selon chaque individu, mais présentent, pour le même individu, une certaine constance. La pression présente des minimums et des maximums qui produisent des tracés grêles ou des tracés épais.

Le rythme a une allure qui présente des degrés de vitesse ou de lenteur, de régularité ou d'irrégularité.

De nombreuses expériences faites sur des sujets variés ont démontré que chaque scripteur a un rythme personnel et ne peut atteindre qu'une vitesse graphique déterminée. Il a même été enregistré à l'aide du cinématographe.

L'écriture peut être comparée à un tracé de sphygmographe.

1 Le beau bateau

2 ecriture engorgée

3 C'est le premier jour

4 Rue Blanche

Fig. 1

1) *Écriture tordue* = hampes tordues.
2) *Écriture engorgée* = boucles et cercles gorgés d'encre.
3) *Écriture brisée* = interruption de tracés.
4) *Écriture surchargée* = lettres l'une sur l'autre.

Elle subit, entre beaucoup d'autres, l'influence des modifications qui interviennent dans le fonctionnement du cœur.

Avant de vous montrer les documents eux-mêmes, je vais projeter sur l'écran des schémas représentant les particularités graphiques que nous allons rencontrer. (Fig. 1.)

Le premier trouble graphique observé par les graphologues consiste en une *interruption du trait*, par suite d'un sursaut inopiné et inconscient de la main, vous en verrez sur l'écran (brisures).

Un autre trouble consiste dans la torsion des lettres à hampes ou à jambages, signes d'angoisse. Le Dr Ghislain Houzel nous a montré l'intérêt que présente l'écriture *tordue*. Il a fait sur ce sujet un rapport au IIe Congrès international de graphologie de 1928. Il a montré que l'écriture tordue apparaît au moment de la puberté, disparaît ensuite chez les normaux et réapparaît chez la femme à l'époque de la ménopause. Il la classe avec les bouffées de chaleur, les fourmillements, les palpitations, etc...

L'écriture *engorgée* a été étudiée dans la revue *L'Homœopathie française*.

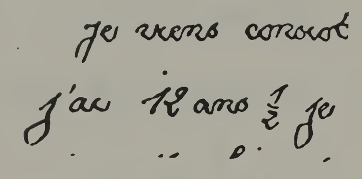


Fig. 2. — Écriture *brisée, tordue, tremblée.*

Fig. 3. — Écriture *brisée*, *engorgée* et *surchargée* du même scripteur à des périodes différentes de la maladie.

Voici un bel exemple d'écriture *tordue*, *tremblée* et *brisée* recueillie par un médecin avec ce diagnostic : « Troubles vago-sympathiques. Hyperémotivité. Insuffisance glandulaire. » (Fig. 2 et 3.)

Voici maintenant une série de documents provenant de sujets atteints au point de vue cardiaque.

L'écriture que voici est très caractéristique. Le texte lui-même est significatif : le malade se plaint de « crise cardiaque » et dit qu'il va consulter un spécialiste.

Remarquez les *variations* d'épaisseur du trait qui proviennent des pressions spasmodiques.

Ligne 1 = 16 (date).
— 2 = *ch*er (Cher ami).
— 4 = *mer*credi, mercredi (deuxième mot).
— 7 = *bl*es, *q*ue, bles (premier mot).

Remarquez une surcharge au *que*, le scripteur allait écrire « comme ».

Voyons la page suivante.

Dans cette page nous observons, en plus des variations de pression, des surcharges :

Ligne 10 = s*p*écialiste (dernier mot), le mot *un* avait été commencé.
— 12 = *p*as.
— 15 = un*e*.
— 17 = *m*al.

Fig. 4. — Écriture *descendante, engorgée, surchargée.*

Remarquez aussi les signes de ponctuation *épais* dus à un manque d'assurance de la main qui se pose lourdement sur le papier.

Dans les phénomènes de dyspnée, des points superflus

apparaissent, accompagnant ou non les autres troubles graphiques.

Le texte révèle l'état du sujet.

L'écriture contient plusieurs signes intéressants peu visibles à l'œil nu mais que la loupe révèle (il faut toujours regarder une écriture à la loupe). (Fig. 4.)

C'est d'abord des variations brusques d'*épaisseur* du trait et des variations d'*encrage*, visibles dans les boucles des e, l, les cercles des a, o, d.

Ensuite des interruptions de tracés, des « sursauts » de la plume. (Fig. 5.)

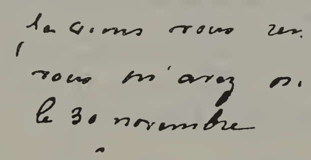


Fig. 5. — Écriture très *saccadée* révélant des troubles nerveux consécutifs à une maladie de cœur.

Voici un autre document du même sujet écrit *un an* plus tard. Il se sent beaucoup mieux et il écrit à son médecin :

« Ma santé est bien meilleure, je fais de très bonnes nuits, 7 à 8 heures sans arrêt. Je mange bien, et pèse 77 kil. ½ au lieu de 72 ½ ; pas d'eau dans les chevilles et j'ai repris mes occupations très régulièrement.

« En résumé cela va donc très bien, maintenant il faut voir venir l'hiver et le résultat des fatigues des travaux de tête. »

L'écriture ne présente plus d'interruptions de tracé. Elle est plus régulière et sans retouches ni surcharges. Par contre, vous remarquerez des variations d'encrage, des engorgements des boucles des *l* qui montrent que les artères subissent encore une pression exagérée.

La rapetissement de l'écriture et les mots descendants révèlent que l'usure physiologique est plus prononcée que ne le croit le sujet.

Voici un cas où l'écriture peut apporter au médecin une

indication objective qui complète celle, subjective, que lui donne le malade.

Voici une malade de 51 ans, examinée au dispensaire et dont le diagnostic a été ainsi établi : « Insuffisance mitrale après rhumatisme. Décompensée. »

La malade décrit ses troubles qui sont en rapport avec son insuffisance cardiaque.

Vous remarquerez ici des variations d'allure produisant des tremblements :

Ligne 1 = l'âge.

— 2 = *les*, *l* anguleux au sommet.

— 3 = se*v*i*ll*e (chevilles), d*e*.

Vous retrouvez des surcharges et un peu d'engorgement :

Ligne 4 = *je*.

— 5 = main*s*.

Voici une malade de 47 ans, affectée d'hypertension 21-10, *sans insuffisance cardiaque.* (Fig. 6.)

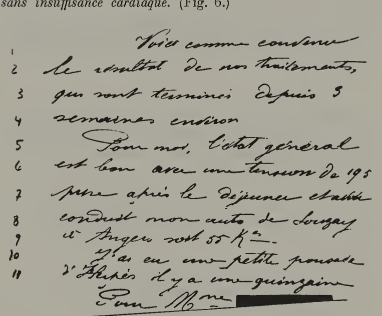

1 Voici comme convenu
2 le résultat de nos traitements,
3 qui sont terminés depuis 3
4 semaines environ
5 Pour moi, l'état général
6 est bon avec une tension de 19 5
7 prise après le déjeuner et ayant
8 conduit mon auto de Louzay
9 à Angers soit 55 Km.
10 J'ai eu une petite poussée
11 d'Herpès il y a une quinzaine
Pour Mme

Fig. 6. — Écriture *légère*, *petite* et *descendante*. (Hypertension sans insuffisance cardiaque).

Son écriture est beaucoup moins altérée. On n'y relève pas d'irrégularités d'allure ou de pression. Elle est toujours légère, petite et bien formée. Deux surcharges : *s*eulement et *b*eaucoup.

Voici maintenant plusieurs spécimens d'un même sujet correspondant à divers moments de l'évolution de la maladie. Le diagnostic porte : « Hypertension. Arthritisme. Aortite. »

Les premiers documents sont de 1933, les derniers de 1937. La tension du malade en 1933 était 20-7. Il se plaint de toutes sortes de maux : insomnie, démangeaisons généralisées, spasmes de la gorge, etc...

Son écriture est descendante, avec des mots tombant brusquement ; vous y remarquerez des irrégularités d'encrage et des surcharges.

Le malade note une amélioration dans son état ; son écriture est meilleure aussi : on n'y remarque plus d'engorgement ni de sursaut de la plume, ni de reprises.

Voici un document de 1937 : le malade constate « un mieux très appréciable », suivi d'une crise de toux violente.

L'écriture est plus grande, montante par endroit : deuxième ligne, elle est moins contrainte, plus claire, moins d'engorgement, mais on y relève deux surcharges :

Ligne 2 = *q*ue.

— 8 = *é*té.

Les lignes, au lieu d'être seulement descendantes, comme dans le premier document, prennent, à la fin de leur parcours, une direction montante indiquant une reprise de la force nervo-musculaire. Le malade se ressaisit à cette période là.

Nous avons donc pu observer des signes de troubles et des signes d'amélioration. Voici encore un cas où l'examen de l'écriture peut donner au médecin des indications précieuses.

Je vous montre maintenant l'écriture d'une malade de 71 ans atteinte d'artério-sclérose, hypertension.

Vous remarquerez au milieu du document un *D*. Le voici agrandi.

Voici un hypertendu de 68 ans : tension 22-7 en mai, 18-7 en juillet de la même année.

Vous retrouverez ici les indices que nous avons observés ailleurs : les variations d'encrage, les surcharges, les variations de dimension et en plus, très marquée, l'écriture des-

cendante, indice de dépression grave. Il faut penser que nous avons affaire à un scripteur de 68 ans.

Enfin voici une écriture de malade atteint de sclérose rénale où vous observez surtout des irrégularités de rythme.

Voici les quelques indications que je voulais vous signaler. Il y en a sans doute bien d'autres, mais je le répète, il ne s'agit pas d'établir à l'aide de l'écriture un diagnostic médical, mais de permettre au médecin de suivre, à l'aide de l'écriture, l'état d'amélioration ou d'aggravation de son malade lorsque celui-ci est éloigné de lui.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Nous devons remercier vivement M. DE ROUGEMONT de nous avoir apporté le résultat de ses travaux et de sa grande expérience. Je crois qu'effectivement des notions de graphologie seraient utiles au médecin et lui permettraient de conduire et guider son diagnostic.

La parole est au Dr POIRIER qui va nous parler de *L'homœopathie dans les maladies du cœur.*

Dr Jean Poirier :

L'HOMŒOPATHIE ET LES MALADIES DU CŒUR

MESSIEURS,

Laissez-moi d'abord vous exprimer un regret : celui de n'avoir pu réaliser le dessein qui m'avait été fixé. Il y a plusieurs mois, le Comité, qui préside aux destinées du CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE, se réunit pour étudier le programme de ce Congrès. Le Dr Léon VANNIER, dont l'esprit inventif est toujours en éveil, eut l'idée de récompenser à la fois l'effort du rapporteur et le zèle des congressistes, en faisant éditer à l'avance le rapport du Congrès. Ainsi, vous auriez dû trouver ici, ce soir, une brochure sur *L'homœopathie et les maladies du cœur*. J'ai déjà fait mon *mea culpa* devant notre maître. Je le renouvelle devant vous. Mes projets ont été contrariés par les événements. Je comptais sur le mois de septembre, pour m'apporter, avec la paix de la campagne, la détente et les loisirs nécessaires à la préparation de cet ouvrage. Vous savez qu'à ce moment, l'atmosphère fut peu favorable aux spéculations philosophiques, et qu'au lieu de trouver la paix de la campagne, nous avons bien plutôt failli à la fois perdre la paix et faire campagne. Beaucoup me comprendront, si j'avoue n'avoir pas eu l'esprit assez détaché de ces contingences, pour exercer avec application les talents de rapporteur. Des ennuis de santé ont ajouté à ce retard, et me voici devant vous, les mains non pas vides, car mon rapport sur les maladies du cœur, vous allez le subir, mais sollicitant quelque délai pour la réalisation du projet primitif.

Et puisque nous en sommes à l'heure des confidences, laissez-moi vous dire que, dans le fond, je ne suis pas aussi désolé de ce contre-temps que j'ai bien voulu en avoir l'air. Un livre est une lourde responsabilité ; il faut le temps de s'y préparer. Je suis de l'avis de notre bon LA FONTAINE : « Les longs ouvrages me font peur » et, à ne vous rien cacher, je ne suis pas mécontent de ce délai supplémentaire qui convient mieux à mes scrupules et à ma nature. Or, notre maître nous a appris le respect de la typologie. Si j'ai horreur

d'être en retard, j'ai encore plus de répugnance pour le travail exécuté hâtivement. Il me faut la possibilité de poursuivre à la fois la tâche fixée et au besoin les rêves intérieurs que font naître les sollicitations diverses de chaque jour ; traverser de ces minutes, où ne nous pensons à rien de précis, et pendant lesquelles souvent surgissent dans l'esprit les plus fertiles suggestions.

Mais ce n'est justement pas le moment de s'abandonner aux caprices de notre personnalité. Les aiguilles de la montre me rappellent à la réalité et me font une obligation d'oublier les nombreuses associations poétiques ou sentimentales dont le cœur a pu être l'objet, pour essayer maintenant de le faire rimer pathologiquement avec le terme maladie.

Les maladies du cœur ont fait couler beaucoup d'encre et de salive, et ce n'est pas fini, comme vous pouvez le constater. Pour notre édification personnelle, nous avons consulté quelques traités, tous mieux fait les uns que les autres, sauf pourtant sur un point : la thérapeutique. Sur ce sujet, nul ne trouve bon de s'étendre. Pour ce qui est du diagnostic, les progrès sont incontestables et nous avons maintenant à notre disposition les appareils les plus perfectionnés pour scruter le cœur humain et traduire, par des graphiques savants, ses faiblesses les plus secrètes.

Mais si la discussion du diagnostic, les moyens d'investigation sont riches de variété, le chapitre thérapeutique est assez bref ; on peut dire que la thérapeutique cardiaque officielle se réduit à peu de choses, et les toni-cardiaques habituels, plus ou moins diversement habillés, en forment la base efficace et essentielle.

L'homœopathie possède heureusement des moyens d'action plus nombreux, plus variés et plus profonds. Certes, nous savons aussi nous servir des toni-cardiaques ou, plutôt, nous savons utiliser l'action de certains remèdes en basses dilutions tels que *Digitalis*, *Strophantus*, *Cratœgus*, dans le but de soutenir le muscle cardiaque défaillant. Dans certains cas, nous pouvons même être amenés à prescrire momentanément ces remèdes aux doses officielles quand il s'agit de frapper fort. Mais cette attitude n'est que passagère. Le danger écarté, nous revenons à nos méthodes personnelles. Nous avons montré l'année dernière, à pareille époque, que là se trouvait le point de rencontre de deux thérapeutiques. A mesure qu'on pénètre plus avant dans l'état lésionnel, il

semble que les deux méthodes se rapprochent et se superposent.

Mais ce qui fait le succès de l'homœopathie dans le domaine cardiaque, comme dans les autres domaines pathologiques, c'est qu'elle peut lutter contre la maladie sur plusieurs plans et presser l'ennemi par une série d'attaques combinées : en dehors des remèdes indiqués par les symptômes les plus immédiats à soulager, elle utilisera les remèdes de fond : *Sulfur*, *Lachesis*, *Lycopodium*, *Natrum muriaticum* et enfin les remèdes isothérapiques : *Tuberculinum*, *Syphilinum*, *Isothérapique sanguin*, etc...

Lutte sur trois plans : symptomatique, terrain individuel et terrain morbide. C'est là que réside l'originalité et la perfection de notre méthode thérapeutique. Elle nous permet, en allant du simple au profond, d'atteindre jusqu'aux retranchements les plus secrets du mal.

L'étude de l'homœopathie et des maladies du cœur doit se faire à la lumière des grandes idées générales qui commandent notre action thérapeutique, idées générales qui sont en accord avec la logique et avec les résultats de l'expérience.

Les maladies du cœur ne sont que la conséquence de la localisation sur cet organe des toxines en circulation. Il nous appartient de déceler la nature de ces toxines et de les neutraliser par nos remèdes homœopathiques.

C'est là le fil directeur que nous ne devons jamais perdre de vue et par lequel nous serons amenés à remonter aux sources morbides.

Une autre considération importante est celle maintes fois exprimée par le chef de cette École : le trouble fonctionnel précède le trouble lésionnel. Et la maladie de cœur n'est que l'aboutissement fatal des troubles fonctionnels qui, à la longue, produisent la lésion.

Parmi les troubles lésionnels, il y en a qui ne sont pas définitivement fixés, il y en a d'indélébiles, d'emblée ou tardivement. Il y en a qui peuvent s'effacer sous l'influence d'un traitement approprié.

Et ceci nous aide à comprendre la genèse des événements, les stades successifs de l'intoxination, la progression dans les altérations morbides et aussi les erreurs et les surprises du pronostic.

Ces deux propositions :

1° Les maladies du cœur ne sont que la conséquence de la

localisation sur cet organe des toxines en circulation dans l'organisme ;

2° Le trouble fonctionnel cardiaque précède le trouble lésionnel,

ne sont pas inconciliables, elles se complètent. Derrière le trouble fonctionnel, comme derrière le trouble lésionnel, se tient la toxine directement ou indirectement en cause et c'est elle qu'il faut en dernier ressort s'efforcer de rechercher et de combattre.

Messieurs, je n'ai pas l'intention de passer en revue toutes les maladies de cœur. Cela dépasserait considérablement les limites que je me suis fixées aujourd'hui. Mais je voudrais étudier avec vous le traitement homœopathique de deux affections cardiaques choisies parmi les plus fréquentes et qui illustreront, je crois, parfaitement la valeur des considérations générales que je viens de vous signaler et aussi toutes les merveilleuses possibilités de l'homœopathie dans les maladies du cœur.

1° Les endocardites rhumatismales ;

2° L'insuffisance cardiaque.

Nous aurons ainsi l'occasion de passer en revue la plupart des remèdes homœopathiques des maladies du cœur.

I. — *LES ENDOCARDITES RHUMATISMALES*

Dans les affections rhumatismales, en dehors du salicylate de soude, officiellement, il n'y a pas de salut. On fait du salicylate dès l'apparition des douleurs articulaires et on continue jusqu'à disparition de la fièvre et des douleurs rhumatoïdes. La complication cardiaque ne change rien aux dispositions déjà prises ; la seule conséquence est l'augmentation des doses de salicylate.

Nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'en agissant ainsi, la médecine officielle ne fait preuve d'aucune imagination, d'aucune originalité et ne tient aucun compte du terrain individuel et morbide.

Dans le traitement homœopathique de cette affection nous pouvons, au début, être amenés à envisager les indications de trois remèdes :

Aconitum *Belladonna* *Veratrum viride*

Je vais passer rapidement sur la symptomatologie de ces remèdes pour ne pas allonger inutilement ce rapport.

ACONITUM

Aconitum est un des premiers remèdes auxquels on pense toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une *action congestive, aiguë et violente.*

En rapport avec la localisation sur l'endocarde d'un état infectieux, nous pouvons observer un peu de *dyspnée ;* le malade se plaindra de *palpitations brusques* et d'une *sensation de pesanteur douloureuse dans la région précordiale* avec *angoisse et anxiété.*

Mais bien plus caractéristiques que ces symptômes fonctionnels plus ou moins inconstants, seront les signes généraux d'*Aconitum.* Le sujet justiciable de ce remède présente une *triade symptomatique* qu'il ne faut jamais perdre de vue : une *fièvre élevée*, une *agitation physique marquée* et une *vive anxiété* avec *peur de mourir.* Quand on rencontre un pareil syndrome au lit du malade, le diagnostic du remède est fait.

Si l'anxiété et la peur de mourir sont la règle dans toute poussée fébrile justiciable d'*Aconit*, ce n'est pas à la fièvre élevée seule qu'il faut en imputer la cause dans les endocardites bénignes. En effet, nous avons vu plus haut que cette inflammation pouvait se traduire par certains malaises, « palpitations », « impression d'avoir un cœur », malaises qui, à eux seuls, peuvent déclencher l'angoisse et l'anxiété qui s'emparent du sujet. Et dans ce cas-là, chose curieuse, ce malade qui auparavant était agité devient alors *calme et immobile.* La peur de mourir, l'angoisse, n'ont pas disparu, bien au contraire, mais les sensations cardiaques qui se sont révélées obligent le malade à garder l'immobilité et à rester couché la tête haute.

BELLADONNA

Toute inflammation aiguë brusque et violente doit faire penser à *Belladonna.* L'éréthisme cardiaque est la règle dans ces cas-là : *palpitations violentes*, les battements du cœur sont perceptibles au cou, aux tempes.

Deux caractères importants sont à noter dans les manifestations justiciables de ce remède : la *soudaineté* dans l'apparition des symptômes et leur *violence.*

Notons comme indications principales : l'intensité des palpitations, le pouls dur et bondissant, la peau moite, la congestion du visage, la dilatation pupillaire et l'abattement.

VERATRUM VIRIDE

Se signale aussi par la brusquerie et la violence de ses manifestations. Là encore, le malade se plaindra de *battements de cœur violents*, transmis à travers tout le corps, au cou et à la fémorale. Les pulsations sont si fortes qu'elles empêchent même le malade de dormir.

Il n'est pas surprenant qu'un tel éréthisme cardiaque bien plus marqué qu'avec *Belladonna*, se traduise par un état congestif intense : le *visage est rouge*, *vultueux*, la tête est chaude et pesante, les *pupilles dilatées*. Quand le sujet d'*Aconit* s'assied dans son lit, il devient pâle, celui de *Veratrum viride* est pris de vertige et de défaillance.

La fièvre est élevée et présente de *grandes oscillations*.

Le pouls est plein, *mou* (*Bellad.*, *dur*) et *lent* avec des battements de cœur violents. Cependant, il faut noter que le ralentissement du pouls ne se produit pas au début de l'action clinique justiciable de *Veratrum viride*. Au début, le cœur est rapide ; plus tard, il se ralentit.

Action du cœur violente, état congestif marqué sont les caractères essentiels qui traduisent l'indication de *Veratrum viride*.

Veratrum viride est le plus congestif des trois remèdes que nous venons d'étudier. S'il nous fallait d'un mot chercher à caractériser chacun de ces remèdes, nous dirions qu'*Aconit est dominé par l'angoisse et l'anxiété mentale*, *Belladonna par l'abattement* et *Veratrum viride par l'état congestif*.

Nous venons de voir trois remèdes qui sont indiqués au début d'une endocardite aiguë. D'autres remèdes peuvent encore fixer notre choix, soit au même stade clinique, soit plus tardivement :

Bryonia *Cactus* *Kalmia*

BRYONIA

Est sans doute le remède le plus important du rhumatisme articulaire aigu. Il n'est pas surprenant qu'il tienne une place de premier plan dans les complications de cette affection, mais on peut penser aussi que, donné à bon escient au début du rhumatisme articulaire, il empêche les complications ultérieures de se produire.

Un signe fonctionnel important attirera aussitôt l'attention du médecin. Le malade éprouve des douleurs *dans la région précordiale, douleurs aiguës et piquantes.* Une modalité essentielle viendra confirmer l'indication de *Bryonia :* ces *douleurs* sont *aggravées par le moindre mouvement,* toujours *améliorées par le repos,* l'immobilité et aussi *par la pression forte.*

CACTUS GRANDIFLORUS

Présente au plus haut point une sensation bien souvent rencontrée dans les syndromes affectant l'appareil circulatoire et qui, à elle seule, suffit à imposer l'indication du remède : c'est la *sensation que le cœur est serré dans un étau.* Parfois, cette sensation est localisée à la région du cœur ; parfois, elle s'étend à toute la cage thoracique, comme si la poitrine était fortement serrée par une corde. Enfin, cette sensation d'étau se continue parfois par une *douleur irradiant dans le bras gauche* avec *engourdissement du bras* et *œdème de la main gauche.*

Une autre manifestation appartenant à *Cactus* et beaucoup moins caractéristique, mais cependant assez fréquente, est la sensation de *poids,* de *pression forte* sur la région précordiale.

Il est évident que, chez un malade accablé de semblables malaises, nous trouverons encore de la *dyspnée,* des *palpitations* et même des *crises de suffocation* avec défaillance et sueurs froides comme si la syncope était imminente.

L'attitude du sujet mérite d'être observée : il est couché sur le dos, les épaules relevées et il a besoin d'air frais autour de lui.

KALMIA LATIFOLIA

La localisation cardiaque est bien souvent la règle dans le rhumatisme de *Kalmia* et la matière médicale homœopathique écrit en gros caractères : rhumatisme associé avec des troubles cardiaques.

Les douleurs de *Kalmia* sont *aiguës et lancinantes,* suivies d'*engourdissement* et aggravées par le moindre mouvement. On pourrait les confondre avec les douleurs de *Bryonia* puisqu'elles présentent la même modalité, mais les douleurs de *Bryonia* sont piquantes, celles de *Kalmia* sont lancinantes,

prenant l'allure d'élancements successifs très douloureux ; les douleurs de *Kalmia* ne sont pas calmées par la pression forte, comme celles de *Bryonia.*

Mais bientôt le sujet de *Kalmia* cesse de souffrir de ses articulations et c'est alors que s'installe la localisation cardiaque.

Les signes qui accompagnent l'endocardite sont : des douleurs extrêmement aiguës, s'accompagnant de *suffocation* et *irradiant plutôt de haut en bas*, vers l'estomac et le ventre, des *palpitations* qui sont encore *plus marquées si le malade cherche à se pencher en avant ou à se coucher sur le côté gauche.*

Enfin, il y a un signe très important qui, à lui seul, peut nous mettre sur la voie du remède. Alors que jusqu'à présent, avec tous les remèdes étudiés, le pouls était rapide, avec *Kalmia*, le *pouls est lent, très lent ;* de plus, il est faible, parfois irrégulier et imperceptible.

Nous venons de voir trois remèdes qui se distinguent de notre première série de remèdes en ce sens que ce ne sont plus les symptômes inflammatoires ou fébriles qui frapperont notre esprit, mais bien plutôt certains caractères dans les manifestations douloureuses éprouvées par le malade : les *douleurs aiguës et piquantes* de *Bryonia* aggravées par le moindre mouvement et *améliorées par la pression forte ;* les *douleurs* de *poids* ou de *constriction* de *Cactus*, *irradiant dans le bras gauche ;* les *douleurs lancinantes* de *Kalmia*, accompagnées d'engourdissement et se *transmettant vers la région de l'estomac* et *du ventre* et cela avec le *pouls très lent.*

Nous arrivons maintenant à un deuxième stade de l'évolution morbide. Le malade est toujours dans un état aigu, il a de la fièvre et peut encore souffrir de douleurs rhumatismales, mais surtout l'*altération lésionnelle* qui se dessinait dans la période précédente se constitue.

Nous pouvons penser à trois remèdes indiqués par les troubles dont se plaint le malade :

Spigelia *Lachesis* *Aurum*

SPIGELIA

Est un des principaux remèdes des troubles valvulaires du cœur. Ce qui frappe tout d'abord chez le malade de

Spigelia et ce qu'il ne manquera pas de vous signaler lui-même, avant toute autre explication, ce sont les *palpitations extrêmement violentes*. Le cœur bat avec une telle force que le malade sent les pulsations de son cœur jusque dans les carotides et qu'il entend désagréablement battre son cœur. Parfois le médecin lui-même peut s'apercevoir de cet éréthisme cardiaque, car les battements du cœur peuvent être visibles à travers la chemise du malade.

De plus, le malade souffre de *violentes contractions* du cœur qui le prennent brutalement, à l'occasion d'un mouvement et qui s'accompagnent d'*oppression* et d'*anxiété*. Cette anxiété rappelle celle d'*Aconit*, mais elle est cependant moins vive et ne va pas jusqu'à l'angoisse de mourir subitement au cours de l'accès douloureux.

Enfin, dernière manifestation fonctionnelle, en plus des palpitations violentes, des contractions brutales, le malade souffre encore d'une *douleur déchirante sous le mamelon gauche*, douleur irradiant comme celle de *Cactus* au bras gauche, mais aussi à l'*omoplate gauche ;* douleur aggravée au moindre mouvement, par une inspiration profonde et qu'il ne faut pas confondre avec celle de *Bryonia* qui, elle, reste localisée à la région douloureuse et ne se transmet ni au bras ni à l'omoplate et qui, de plus, est soulagée par la pression forte.

Toutes les douleurs, contractions et palpitations de *Spigelia* sont *améliorées si le malade reste immobile, couché sur le côté droit* et la *tête haute*.

LACHESIS

Les derniers signes étudiés pour *Spigelia* pourraient nous servir pour faire la transition entre ces deux remèdes. *Lachesis* présente aussi cette *intolérance à un vêtement serré*, au poids des draps, au foulard autour du cou. Mais les autres symptômes nous aideront à distinguer les deux remèdes. Déjà, pourtant, nous pouvons signaler le *besoin d'air de Lachesis* et l'*aggravation générale par la chaleur*.

Lachesis est indiqué dans les endocardites, non seulement par les signes fonctionnels cardiaques que nous allons voir : douleurs, palpitations, etc., mais aussi par un certain degré de *faiblesse cardiaque*, de fléchissement du myocarde. Le malade présente une teinte cyanotique des lèvres et une pâleur caractéristique du visage. Il a *tendance à des défaillances brusques* par insuffisance cardiaque. Les extrémités sont

froides et parfois on note des *taches de purpura* sur la peau. ne serait-ce que dans les endocardites infectieuses.

Du côté du cœur, le malade se plaint d'une sensation de *constriction avec bouffées de chaleur* et *menace de suffocation.* Il réclame de l'air et la crise se termine en général par des sueurs qui ne soulagent pas.

La *douleur constrictive* irradie au côté gauche, au *bras gauche* comme celle de *Cactus*, mais *aussi* au *flanc gauche* et même à la *jambe gauche.*

Autre petit signe curieux, le malade fait de *profondes inspirations* pour essayer d'enrayer la suffocation qu'il sent imminente.

Le pouls est petit, faible ou intermittent.

Retenons surtout que *Lachesis* est indiqué dans une endocardite assez sévère avec menace de défaillance cardiaque et que les caractéristiques importantes du remède dans ce cas sont : la *sensation de constriction cardiaque* avec respirations profondes, *bouffées de chaleur*, *suffocation imminente* et sueurs. Notons aussi les signes objectifs : les *lèvres pourpres*, la *pâleur du visage.*

AURUM METALLICUM

Ce remède peut être donné à toutes les périodes de l'endocardite; cependant, c'est rarement un remède de début. Les indications cliniques de son emploi sont : des *signes d'endocardite associés à des signes de myocardite.* Le muscle cardiaque est touché plus ou moins complètement dans *Aurum.* Il y a avec ce remède un mélange d'éréthisme et de défaillance cardiaque.

Le malade éprouve de l'*oppression* qui le gêne au point qu'il peut difficilement rester couché ; il est obligé de rester assis, parfois de se pencher en avant. Il se plaint de *palpitations violentes* et on peut observer des battements visibles des carotides et des temporales comme avec *Spigelia*, mais avec ce dernier remède, les palpitations sont beaucoup plus violentes. Au reste, le symptôme suivant permet le diagnostic différentiel : le malade d'*Aurum* sent son *cœur s'arrêter deux ou trois secondes et reprendre aussitôt son rythme par un battement très violent.* Ce bondissement pénible et fort du cœur après quelques secondes d'arrêt est tout à fait caractéristique d'*Aurum* et ne se rencontre pas avec un autre remède.

A l'auscultation, on constate une arythmie plus ou moins

marquée, expression du dérèglement cardiaque qui peut se traduire aussi par des œdèmes des extrémités.

Les manifestations fonctionnelles d'*Aurum* se produisent surtout *la nuit* et c'est là une modalité essentielle du remède.

Trois derniers remèdes qui ne sont plus uniquement des remèdes d'état aigu méritent encore de retenir notre attention et pourront, dans certains cas, rendre à la thérapeutique des endocardites de précieux services :

Colchicum *Lithium carb.* *Abrotanum*

COLCHICUM

Se caractérise par des troubles cardiaques et des troubles rhumatismaux.

Les premiers se caractérisent par un *pouls faible*, petit, rapide, irrégulier et de l'œdème des extrémités. Devant un tel tableau, on est tenté de donner *Digitalis*, mais ce remède trouverait plutôt sa place plus tard : le cœur s'est trouvé en état d'instabilité et la rupture de cet équilibre entraîne une défaillance du muscle cardiaque, en même temps que l'indication de *Digitalis*. Mais, avec ce remède, on observe une arythmie plus marquée avec un pouls très lent et un état congestif du foie.

Pour compléter le tableau cardiaque, le malade se plaint de *palpitations avec anxiété dans la région cardiaque* et sensation de plénitude, d'oppression, la nuit, en étant couché sur le côté gauche.

Les troubles rhumatismaux atteignent surtout les *petites articulations*. Les douleurs sont aggravées la nuit, par le moindre mouvement, le plus léger contact.

L'état général peut donner des indications intéressantes : le malade est épuisé et cet *épuisement va jusqu'à la tendance au collapsus*. Enfin, une sensation de *froid intense* complète le tableau fonctionnel.

LITHIUM CARBONICUM

Est un autre remède d'état subaigu. Comme *Colchicum* il présente des troubles rhumatismaux s'accompagnant de troubles cardiaques.

Les troubles cardiaques sont assez discrets : le malade *sent*

son cœur et en souffre surtout le matin, en se penchant en avant. *Il urine et il est soulagé de ses douleurs et de ses sensations cardiaques.*

ABROTANUM

Une des principales indications d'*Abrotanum* se trouve dans les *métastases.* Bien souvent, le rhumatisme a été enrayé par une thérapeutique intempestive, alors les troubles cardiaques apparaissent. Telle est l'évolution fondamentale qui se trouve à l'origine de l'indication d'*Abrotanum.*

Les troubles cardiaques apparaissent sous forme de douleurs lancinantes dans la région du cœur, avec pouls petit et faible.

Parfois, les signes cardiaques sont encore plus discrets et les lésions valvulaires une trouvaille d'auscultation.

Les antécédents rhumatismaux doivent faire penser à *Abrotanum* en présence d'une inflammation valvulaire, surtout si les signes essentiels et généraux d'*Abrotanum* sont présents : *Faiblesse* marquée avec *émaciation* portant surtout sur la *partie inférieure du corps.* L'appétit est conservé, même augmenté et cependant on constate de l'*amaigrissement.*

Il est important de retenir que *Abrotanum* convient particulièrement *aux enfants.*

Autre signe important à rappeler : l'affection rhumatismale avant de se fixer sur l'endocarde a pu *alterner* pendant un certain temps avec des *crises de diarrhée.*

Ces trois remèdes terminent la revue des remèdes homœopathiques dans la thérapeutique des endocardites aiguës. Nous retiendrons surtout parmi les plus souvent rencontrées, les indications d'*Aconit*, de *Bryonia*, de *Cactus*, de *Kalmia*, de *Spigelia.*

Mais notre tâche serait incomplète si nous ne faisions observer que l'endocardite n'est que la localisation sur l'endocarde d'un état infectieux dont l'organisme est déjà la proie et que l'essentiel du problème thérapeutique consiste, pour les homœopathes, non seulement, par des remèdes symptomatiques à enrayer l'évolution du processus infectieux, mais encore et surtout à modifier le terrain favorable à l'éclosion de l'infection et à neutraliser l'élément toxinique en cause.

C'est dire que nous n'avons pas encore vu la partie la plus importante de la thérapeutique des endocardites.

On parle beaucoup, comme je vous le disais tout à l'heure, de terrain, mais nous souhaiterions qu'on nous proposât quelque chose de plus substantiel qu'une considération distinguée. Cette carence de la thérapeutique officielle sur ce point s'explique fort bien. Pour faire de la médecine individuelle, il faut autre chose que des remèdes dont le point de départ est la maladie.

L'homœopathie est armée au contraire merveilleusement pour cette lutte en profondeur, car elle dispose de toute une série de remèdes de fond qui sont destinés à agir suivant les tendances du terrain individuel et à régénérer ses moyens de défense.

Parmi ces remèdes de fond, nous n'en citerons qu'un : *Sulfur*, qui nous paraît le mieux adapté aux états morbides que nous étudions.

SULFUR

En effet est, par excellence, le grand *éliminateur de toxines*, c'est aussi le remède qui empêche l'affection de tourner à la chronicité. Enfin, il réveille les réactions de l'organisme. Ces trois raisons générales motivent son emploi dans toutes les maladies qui tendent à se prolonger. Mais il ne doit pas être prescrit simplement sur ces données générales. Son indication doit être puisée aux sources de sa pathogénésie et là nous serons au centre de la médecine individuelle.

Peut-être, chez un malade atteint d'endocardite, ne retrouverons-nous pas tous ces caractères de *Sulfur*. Mais peut-être aussi, à travers son état aigu, conservera-t-il cependant quelques traces de son terrain habituel : le *besoin de chercher une place fraîche pour ses pieds*, l'*aggravation par la chaleur*, le *besoin d'air frais*, la *rougeur des lèvres*, des *oreilles*, la *langue caractéristique*. Peut-être enfin, en l'interrogeant, lui ou son entourage, sur son comportement avant de tomber malade, arriverons-nous à déterminer qu'il appartient au type *Sulfur*.

Alors, nous avons le droit et le devoir de donner *Sulfur* 30 de temps à autre et peut-être ce remède permettra-t-il aux remèdes paroxystiques déjà prescrits d'agir plus complètement et l'évolution du mal sera-t-elle enrayée.

Peut-être, aussi, *Sulfur* ne produira-t-il pas le résultat escompté, alors on pourra penser qu'au terrain personnel, une *intoxination exogène a dû s'ajouter*, pour lui donner une personnalité morbide plus complexe et pour laquelle le remède

de fond, le remède de tempérament ne suffit plus. Le remède toxinique devient nécessaire. C'est au médecin qu'appartient de déceler cette toxine en cause et de la neutraliser par un remède isothérapique dilué. L'organisme sera ainsi immunisé contre le poison qui s'est infiltré dans son sein et le ronge progressivement.

Dans l'endocardite rhumatismale, la toxine en cause est la toxine tuberculeuse, et c'est au *sérum de Marmoreck* qu'il faut s'adresser pour la neutraliser.

Le *sérum de Marmoreck* peut être prescrit simplement sur la notion de terrain ou d'intoxination tuberculeuse à la dose 30 ou 10 tous les 8 ou 10 jours.

Parfois on peut trouver chez le malade des indications pathogénésiques qui renforcent l'indication du remède.

Les *lèvres sont sèches*, rouge vif dans leur partie médiane, *recouvertes de petites peaux sèches* au niveau des commissures. *Anorexie absolue* et *constipation* sans aucun besoin.

Nous venons, avec les endocardites aiguës, de voir quelles étaient les diverses opérations auxquelles un médecin homœopathe devait se livrer pour mener à bien la tâche qui lui incombait. Il fait d'abord le choix du remède symptomatique, celui qui correspond aux manifestations actuelles de l'état morbide et du malade. Puis il mène son investigation en profondeur, déterminant le remède de fond du sujet, puis la nature profonde de l'infection ou de l'intoxication en cause. A chacun de ces diagnostics correspond un remède. Ainsi l'action thérapeutique est-elle complète, et nous avons réalisé cette thérapeutique en trois étapes que nous devons retrouver, non seulement dans le traitement des endocardites aiguës, mais encore dans tous les actes thérapeutiques de l'homœopathie.

Dans le cas particulier qui nous occupe, le dernier temps n'est pas le moins important.

En effet, le rhumatisme articulaire n'est que la manifestation objective provoquée par les toxines tuberculiniques ou tuberculeuses qui ont inondé l'organisme du malade, à la faveur de circonstances particulières : augmentation du taux toxinique du sujet, état de moindre résistance, il n'en faut pas plus pour créer l'explosion toxinique brutale. Sous cette forme plutôt que sous une autre (pleurésie, broncho-pneumonie, ictère), ce sont là les mystères de la vie des cellules

et des prédispositions personnelles. Mais, ce qui importe, c'est la nature de ces toxines et notre opinion basée sur de nombreuses constatations cliniques et thérapeutiques se trouve confirmée par les acquisitions les plus récentes du laboratoire. Déjà, auparavant, Charles FIESSINGER s'était étonné de la fréquence de la tuberculose pulmonaire consécutive au rhumatisme articulaire aigu, et PONCET n'avait-il pas déclaré que le rhumatisme articulaire aigu était d'essence tuberculeuse ? L'homœopathie apporte son appui à cette thèse. Nous ne pouvons douter de l'origine tuberculeuse du rhumatisme articulaire aigu quand nous le voyons se déclarer chez des sujets tuberculiniques et quand, après la preuve clinique, nous enregistrons la preuve thérapeutique : la guérison du rhumatisme articulaire aigu par le traitement homœopathique antituberculeux. Nous demandons à la méthode officielle ce qu'elle fait pour lutter contre ces toxines spécifiques. Tout se borne « à la nécessité d'une bonne hygiène et d'une vie ordonnée pour fortifier le terrain organique contre l'invasion du germe tuberculeux », mais cela se place avant ou après l'accident aigu. Pendant, rien, si ce n'est le salicylate de soude et nous ne pensons pas qu'il puisse empêcher le germe tuberculeux de poursuivre ses méfaits.

Mais nous avons, avec le *sérum de Marmoreck*, un merveilleux remède capable de s'opposer à la toxine tuberculeuse et de juguler son développement. Sans doute, n'est-ce pas, bien que dilué, un remède inoffensif. Sans doute faut-il l'employer avec prudence. Mais quand les événements prennent une tournure plus sérieuse, que la thérapeutique habituelle se révèle inopérante, c'est le remède qu'il ne faut pas hésiter à prescrire. Non pas en haute dilution, comme nous avons l'habitude de le faire chez nos tuberculiniques ou tuberculeux chroniques qui sont en puissance de toxines, sans localisation précise, mais en dilutions basses, en 6e ou en 10e, car nous sommes dans un état aigu et nous avons en pleine activité des foyers toxiniques qui ne demandent qu'à essaimer.

Est-il démonstration plus probante que l'observation de cet enfant suivi par le Dr Léon VANNIER et moi-même pour un rhumathisme polyarticulaire et que nous avons publiée, il y a quelques années, dans *L'Homœopathie française*, en juillet 1936. Malgré les remèdes indiqués, tels que *Sulfur iodatum*, *Bryonia*, dont le malade avait même un signe assez rare, le mouvement constant du bras et de la jambe gauches, l'évolu-

tion persistait et la maladie se propageait aux séreuses qui, successivement, furent les unes effleurées (péritoine, méninges, plèvre), les autres nettement touchées (péricarde, endocarde). C'est vous dire si la situation était sérieuse. Jusqu'au jour où le Dr VANNIER prescrivit *Marmoreck* 10. Dès le surlendemain, la fièvre baissait et les phénomènes inflammatoires diminuaient d'intensité. Tout rentrait dans la normale progressivement et régulièrement en quelques jours.

J'ai suivi et je suis encore cet enfant qui est devenu un grand jeune homme de 18 ans, mesurant 1 m. 78 et pesant maintenant 60 kilos. Pendant plusieurs années, mes préoccupations ont porté sur son terrain tuberculeux et sur l'état de son cœur qui a présenté longtemps un beau souffle d'insuffisance mitrale et de petits signes d'insuffisance cardiaque (hypotension, arythmie, dyspnée d'effort). Et j'ai eu la joie de voir peu à peu les signes d'insuffisance cardiaque et ce souffle s'estomper, diminuer et disparaître enfin. Je ne dis pas qu'une oreille très exercée n'arriverait pas à déceler à l'auscultation quelques traces du trouble ancien, mais rien de comparable, même de très loin, aux constatations premières. Un de nos confrères ausculta ce sujet un soir dans mon bureau et me dit textuellement : « Un médecin non prévenu ne s'apercevrait de rien. »

Ce résultat fut acquis uniquement en continuant périodiquement les doses de *Marmoreck* 30, puis de *T. K.* 200 accompagnées de *Pulsatilla* 30, de *Calcarea phosphorica* 6 et de *Cratœgus* 6 ou 30.

Je dois ajouter que ce garçon pratique depuis trois ans les sports les plus violents, qu'il fait du cheval régulièrement une fois par semaine pendant sept à huit heures de suite, qu'il monte en concours hippique, fait du ski sans ménagement deux fois par an entre 1.500 et 2.000 mètres, laissant parfois loin derrière, des hommes plus entraînés que lui dans la pratique de ce sport, fait des courses de 5 à 600 kilomètres en motocyclette, et je n'exagère aucun de ces détails pour défendre mieux la cause que je sers, mais j'insiste sur ces particularités pour vous montrer que je ne suis pas éloigné de croire que cette pratique assez intensive, mais progressive des sports, menée de front avec un traitement anti-toxinique ininterrompu pendant plusieurs années, intermittent maintenant, a pu avoir une bonne influence sur la libération toxinique générale de l'organisme et aussi sur le retour *ad integrum* du tissu cardiaque lésé.

Ce qui tendrait peut-être à modifier pas mal de notions classiques sur l'hygiène du cardiaque.

N'avions-nous pas, Messieurs, raison de dire que la maladie du cœur n'est souvent que la localisation sur le cœur des toxines en circulation dans l'organisme et que le traitement des maladies du cœur doit comporter un chapitre important : celui de LA DÉSINTOXICATION SPÉCIFIQUE.

C'est pourquoi, à la fin de nos études symptomatiques, vous verrez souvent revenir la même formule : notre tâche serait incomplète et nos résultats insuffisants si nous ne cherchions pas à traiter le malade dans son terrain individuel par les remèdes de fond habituels et dans son terrain toxinique par des doses de *Marmoreck*, *T. R.*, *Luesinum*, *Medorrhinum*, etc. Et dans tous les cas qui seront présentés à notre examen, nous devrons toujours nous efforcer d'aller jusqu'au bout du diagnostic et de remonter du connu vers l'inconnu, vers ce substratum qui commande nos réactions individuelles, vers le germe toxinique. Si nous le découvrons et si nous pouvons le combattre, nous avons des chances pour emporter la décision. Et si cette action thérapeutique n'est pas toujours possible au cours de l'évolution aiguë, elle se fait aussitôt après, pendant la convalescence. Elle évite le passage à la chronicité de la localisation toxinique et la lésion n'a pas le temps de se constituer. Ce jeune garçon dont je viens de vous rappeler l'histoire, plusieurs mois après son accident aigu, présentait encore un souffle valvulaire, signature de sa localisation toxinique cardiaque. Mais le traitement anti-toxinique prolongé a pu effacer cette localisation organique.

C'est là la notion originale et féconde que l'homœopathie apporte à l'étude et à la thérapeutique des maladies du cœur.

Sans doute, la méthode officielle cherche-t-elle à orienter ses recherches dans le même sens, mais elle ne se dégage pas assez des contraintes du laboratoire. Nous pensons que bien des cas échappent dans l'état actuel de la science au contrôle du laboratoire et qu'il n'est pas de plus sûr guide que les investigations homœopathiques et les considérations tirées de l'observation de la constitution et du comportement général du sujet. Si nous ne donnions *Luesinum* qu'à des sujets dont les Bordet-Wassermann sont positifs, nous laisserions passer de nombreux cas justiciables de ce remède et nous négligerions, par étroitesse d'esprit, de nombreuses chances de succès.

A cette notion capitale de l'importance de la toxine en

cause, nous pouvons en ajouter une autre, non moins importante, quant au pronostic et aux possibilités de la thérapeutique homœopathique dans les maladies du cœur.

Nous l'avons signalé au début de notre rapport : le trouble fonctionnel précède le trouble lésionnel, et qui dit trouble lésionnel ne dit pas forcément trouble ineffaçable. L'observation dont nous vous avons rappelé l'essentiel le montre. Mais l'étude de l'insuffisance cardiaque nous manifeste bien la progression fatale que marque l'enchaînement des faits et des troubles portant sur le fonctionnement du cœur.

Ce sont d'abord les petits signes bien connus qui décèlent que l'harmonie cardiaque est troublée soit directement, et d'emblée intéressée par le mal qui s'insinue en nous, soit indirectement par la répercussion d'autres désordres organiques ou fonctionnels. Puis, si nous ne répondons pas à ces signaux discrets de détresse, l'alarme se fait plus pressante. A cette période, nous pouvons remédier à l'assaut morbide qui monte, et ramener la paix dans l'organisme. Mais, si on tarde à intervenir, le cœur ne pourra bientôt plus supporter impunément l'effort qui lui est demandé et la lésion s'installera subitement ou progressivement.

Ne croyez pas qu'il n'y ait plus rien à faire. Encore à ce stade lésionnel, nous ne sommes pas capables de mesurer exactement ce qui peut s'effacer et ce qui doit ne jamais disparaître.

Voyons rapidement l'effort de l'homœopathie dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

II. — *L'INSUFFISANCE CARDIAQUE*

Les troubles circulatoires, les infections, le vieillissement des cellules sont les causes essentielles de la fatigue et de l'altération du muscle cardiaque et toutes les influences toxiniques passagères ou chroniques qui ne sont pas combattues.

Il est souhaitable de déceler et de combattre la défaillance du myocarde au début, avant que la déchéance organique ne soit trop avancée.

Au début, du moins, cette défaillance est presque toujours isolée, affectant pendant un temps plus ou moins long, l'une ou l'autre des cavités cardiaques.

Nous étudierons *l'insuffisance ventriculaire gauche*, de beaucoup la plus fréquente :

1º Dans sa *phase de début ;*

2º Dans ses *accidents aigus ;*

3º A une *période plus avancée*, lorsque l'insuffisance est devenue chronique et progressive et qu'apparaissent bientôt des signes de stase viscérale et périphérique, manifestant le tableau habituel de l'*asystolie classique*.

Insuffisance ventriculaire gauche

Elle est commandée par les obstacles qui se dressent dans le territoire de la grande circulation et par la perte de tonicité du myocarde.

L'hypertension artérielle associée ou non à des lésions rénales est une des causes les plus fréquentes de l'insuffisance ventriculaire gauche. Puis viennent toutes les altérations du myocarde, dues aux infections, aux intoxications, à la sclérose.

A) *La petite insuffisance ventriculaire gauche*

C'est la période pendant laquelle l'insuffisance cardiaque s'installe sans traduire sa présence par des symptômes dramatiques. Le myocarde n'est plus intact, mais le ventricule gauche peut encore répondre à l'effort exigé, mais non sans crier sa souffrance ni manifester les difficultés qu'il doit surmonter.

Sans vouloir rien schématiser à l'extrême, trois ordres de malaises semblent à cette période se partager le tableau symptomatique de la petite insuffisance ventriculaire gauche :

1º Les *palpitations* au moindre effort ou même spontanément, allant de la simple accélération du rythme cardiaque aux extrasystoles isolées ou par salves ;

2º La *dyspnée banale*, à l'effort ou bien à prédominance nocturne ;

3º Les *sensations douloureuses* dans la poitrine qui font craindre au malade des crises d'angine de poitrine.

Nous pouvons tenir compte de cette division clinique pour grouper nos remèdes homœopathiques en mettant en garde nos confrères contre ce que pourrait avoir de trop absolu cette classification. Les remèdes homœopathiques ont dans leur pathogénésie trop de souplesse pour entrer dans des cadres trop rigides, mais pour la facilité de l'étude on peut tenir

compte un peu arbitrairement de leur prédominance symptomatologique.

Trois remèdes essentiels nous paraissent pouvoir être placés sous le signe des *palpitations :*

Spigelia *Glonoïne* *Aurum met.*

SPIGELIA

Nous n'insisterons pas sur ce remède que nous avons déjà étudié.

GLONOINE

A des *palpitations très fortes* et les pulsations se transmettent à tout le corps. Le pouls est rapide, accéléré et variable, intermittent : tantôt dur et bondissant, tantôt mou et à peine perceptible. Ce qui domine le tableau de *Glonoïne*, c'est avant tout l'*état congestif* traduit par ces battements dans tout le corps, la *face rouge* livide et l'impression d'une congestion cérébrale imminente. C'est pourquoi *Glonoïne* passe surtout pour un remède paroxystique d'hypertension, d'apoplexie menaçante, mais certains auteurs lui donnent aussi un rôle de renforcement sur le muscle cardiaque, de régulateur momentané.

AURUM METALLICUM

Nous n'insisterons pas sur ce remède que nous venons d'étudier.

Une autre série de remèdes pourrait plus volontiers s'appliquer à combattre les phénomènes de *dyspnée :*

Grindelia *Spongia* *Lachesis*

GRINDELIA

Est un remède de petite envergure mais qui agit bien dans les troubles respiratoires d'origine cardiorénale. Il manifeste son action dans les *accès de suffocation* avec palpitations, accès pouvant aller jusqu'à un certain degré de cyanose.

En général, ces accès de suffocation surviennent *la nuit*, quand le malade s'endort, *il est réveillé en sursaut avec la respiration coupée* et il est obligé de s'asseoir brusquement

pour respirer. Il est soulagé parfois par une *petite expectoration* visqueuse.

SPONGIA

A une dyspnée nocturne survenant *avant minuit* avec *suffocation intense* et *toux sèche sifflante*. Le malade ne peut rester couché la tête basse. Il est en proie aussi à des *palpitations violentes* avec afflux de sang à la tête et à la poitrine.

Enfin, le malade souffre d'une *anxiété* bien compréhensible avec agitation et *peur de la mort.*

LACHESIS

Ce remède présente également une *toux sèche*, *la nuit*, associée à des troubles cardiaques. Mais, ce qui est caractéristique, c'est la *sensation brusque de suffocation qui réveille le malade* aussitôt qu'il s'endort ; réveillé en sursaut, il étouffe, rejette les couvertures et *réclame de l'air.*

Il éprouve encore toute une série de troubles : *constriction du cœur, sensation que le cœur est suspendu à un fil.*

D'une manière générale, le malade est congestif, en proie à des bouffées de chaleur, il ne supporte rien de serré autour du cou, il manque d'air, le sommeil est peuplé de cauchemars.

Dans une troisième série de remèdes, nous prendrons en considération l'élément *douleur :*

Cactus *Cereus* *Naja*

CACTUS

Ressemble assez à *Spigelia*, mais avec ce remède les palpitations sont plus violentes qu'avec *Cactus*, alors que *Cactus* est surtout remarquable par les *douleurs constrictives* beaucoup moins marquées avec *Spigelia.*

C'est donc la constriction qui domine toute la pathogénésie de *Cactus :* constriction dans des régions variées, la tête, l'estomac, le rectum, la vessie, mais surtout de la poitrine, comme si une corde enserrait le thorax. Constriction du cœur, *comme par un étau*, avec *irradiation douloureuse dans le bras gauche* et *engourdissement.*

CEREUS BONPLANDII

A des spasmes dans la région du cœur sous forme de *douleurs transfixiantes* ou de *poids sur la région du cœur* avec respiration difficile.

NAJA

Exerce une action profonde sur le cœur. Le malade de *Naja* se plaint de *palpitations constantes* amenant un certain degré d'oppression, mais, ce qui est caractéristique, ce sont les *douleurs intenses dans la région précordiale*, douleurs *irradiant* à la *nuque*, à l'épaule, au bras gauche, *avec anxiété*, angoisse, sensation de mort prochaine. A l'auscultation, les bruits du cœur sont faibles et irréguliers surtout comme force. Signalons encore la *toux sèche* avec étranglement et suffocation d'origine cardiaque.

Enfin, n'oublions pas l'état psychique du malade qui est déprimé, anxieux et en proie par moment, les moments où il souffre, à de brusques *bouffées d'idée de suicide*.

En dehors des remèdes que nous venons de voir et qui correspondent aux symptômes dont se plaint le malade, il ne faut oublier les remèdes qui peuvent s'adresser à la cause de l'insuffisance cardiaque.

Si l'hypertension artérielle est en jeu, nous penserons à :

Baryta carbonica *Sulfur* *Lachesis*

avec participation rénale à :

Plumbum *Berberis* *Lycopodium*

Une troisième action thérapeutique sera entreprise : l'étape anti-toxinique où *Luesinum* jouera le rôle principal, ainsi que l'*auto-isothérapie sanguine*.

Par cette thérapeutique plus profonde et centrée sur les causes de l'insuffisance cardiaque, nous agirons le plus sûrement sur les facteurs de l'insuffisance cardiaque. Comme toujours, la thérapeutique doit être symptomatique mais aussi étiologique et, par étiologique, nous entendons les causes directes et profondes. Derrière l'hypertension artérielle, cause de l'insuffisance ventriculaire gauche, nous chercherons à atteindre l'imprégnation morbide responsable.

B) *Les accidents de l'insuffisance ventriculaire gauche*

L'évolution de l'insuffisance ventriculaire gauche est entrecoupée d'accidents paroxystiques.

1° L'asthme cardiaque

Se traduit par une gêne croissante de la respiration qui dure de quelques minutes à quelques heures. C'est la nuit que se produit l'accès. Le malade tousse et rejette parfois quelques crachats sanguinolents qui sont déjà le signe avant-coureur de poussées d'œdème pulmonaire.

Pour combattre la crise, nous pourrons nous adresser aux remèdes déjà vus : *Spongia*, *Grindelia*, *Lachesis* qui, donnés en dilutions basses, pourront couper court à l'accès et en dilutions moyennes répétées pendant plusieurs jours éviter son retour.

Mais nous pourrons aussi penser à :

Digitalis *Laurocerasus* *Lycopus*

DIGITALIS

Présente en effet un symptôme analogue à celui de *Lachesis* ou de *Grindelia.* En s'endormant, la *respiration s'arrête* et le *malade suffoque* et devient anxieux.

Digitalis serait particulièrement indiqué si le cœur manifestait des troubles caractérisés par la *faiblesse*, la *lenteur des battements* avec même des intermittences.

Déjà, avec ce remède, on peut observer un peu de cyanose.

LAUROCERASUS

Dyspnée aggravée par le moindre effort, en étant assis droit et *améliorée au contraire en étant couché.* Le caractère paradoxal de cet asthme est assez caractéristique pour permettre de reconnaître d'emblée le remède. Mais couché, le malade porte constamment la main à son cœur et il a une *toux spasmodique incessante* suivie souvent d'une expectoration gélatineuse striée de sang.

LYCOPUS

Dyspnée au moindre effort. *Palpitations violentes. Le cœur bat irrégulièrement.* Sensation de *constriction* dans la région

précordiale. Avec ce remède on trouve aussi des hémoptysies d'origine cardiaque.

2° L'angor

Le malade est brusquement réveillé par une douleur très violente qui dure parfois des heures avec atténuations et reprises. Le pouls est généralement petit, rapide.

Cactus semble bien le remède le plus important de ce syndrome douloureux avec ses douleurs de constriction si caractéristique.

Naja nous offre aussi à considérer des douleurs cardiaques intenses, avec oppression, anxiété, et un cœur faible, irrégulier.

En plus de ces remèdes déjà étudiés, nous pourrons utiliser :

Aconit *Hydrocyanic acid.* *Cuprum met.*

ACONITUM

Se présente toujours avec une triade symptomatique : l'*agitation*, la *peur de la mort*, des *douleurs intolérables.* Si nous trouvons ces trois éléments chez un malade qui fait une crise d'angor, nous pouvons prescrire *Aconitum*, mais en dilutions très basses, et nous verrons très probablement la crise céder rapidement.

HYDROCYANIC ACID.

A aussi une sensation de *constriction de la poitrine* ou de pression dans la région précordiale accompagnée d'*anxiété* avec aggravation la nuit et dyspnée.

Le cœur est faible, irrégulier, soumis à des *palpitations violentes.*

Enfin on peut noter un certain degré de cyanose.

CUPRUM METAL.

Remède de spasme, peut être indiqué par la sensation de *constriction spasmodique de la poitrine*, survenant brusquement la nuit avec *douleur aiguë, transfixiante au niveau de l'appendice xyphoïde.* On trouve en même temps de la dyspnée et de l'anxiété.

3° L'œdème aigu du poumon

C'est l'accident le plus redoutable de l'insuffisance ventriculaire gauche, redoutable par son caractère dramatique et aussi par la menace de récidive qu'il laisse peser sur le malade.

Je pense que devant une crise aiguë d'œdème pulmonaire, un médecin homœopathe a le droit et même le devoir d'appliquer la thérapeutique habituelle officielle : saignée et injection intraveineuse d'ouabaïne.

Dans un cas semblable, où chaque minute est si précieuse, il faut aller vite et fort, et nous ne devons pas rejeter par étroitesse d'esprit une thérapeutique qui, dans une telle éventualité, a fait ses preuves.

Cependant, des remèdes homœopathiques peuvent être indiqués soit d'emblée, soit aussitôt les premiers dangers écartés.

Etudions :

Apis *Phosphorus* *Ammonium carb.*

APIS

Est le remède convenant aux inflammations brutales et violentes et aux œdèmes s'installant subitement. L'œdème pulmonaire nous offre bien cette *violence* et cette *soudaineté* dans son explosion.

Rappelons-nous qu'*Apis* a *toujours trop chaud* et *jamais soif*.

PHOSPHORUS

Est aussi un remède comportant la violence et la soudaineté dans ses manifestations. Un autre signe plus localisé de *Phosporus* et non moins important, c'est l'*oppression* considérable à laquelle le sujet est en proie. Il tousse d'une toux sèche, épuisante, aggravée s'il se couche sur le côté gauche. Il a des sensations de constriction et de brûlures dans la poitrine. Il est obligé de rester assis dans son lit et il expectore des mucosités visqueuses et sanguinolentes.

AMMONIUM CARBONICUM

Là encore, une *oppression* considérable, une *toux irritante* et un *cœur très faible*. Le malade saigne aussi facilement. Enfin, une *somnolence* invincible.

Nous pourrions encore ajouter *Antimonium tart.*, mais il nous semble être plutôt un remède un peu tardif quand le drame est en voie de se calmer et pour aider le poumon à se débarrasser des mucosités qui l'encombrent.

Nous avons vu que la thérapeutique de l'insuffisance ventriculaire gauche devait répondre à une première condition : supprimer les causes de fatigue du cœur. Elle doit répondre aussi à une autre condition : soutenir le cœur dans l'effort anormal qu'il doit fournir.

Pour cela, l'homœopathie possède de nombreux remèdes que nous allons étudier maintenant dans l'insuffisance cardiaque constituée.

L'insuffisance ventriculaire gauche chronique : l'asystolie

C'est le stade ultime auquel arrive l'insuffisance ventriculaire gauche ; l'énergie du ventricule a faibli et les symptômes dont se plaint le malade s'accusent de plus en plus, en particulier la dyspnée, les douleurs.

A la longue apparaissent des signes de stase viscérale et périphérique : œdème, congestion du foie, oligurie, épanchements dans les séreuses, congestion pulmonaire, donnant ainsi le tableau complet de l'*asystolie.*

On a pensé, longtemps, que tous ces symptômes étaient dus à l'insuffisance ventriculaire droite qui venait ainsi peu à peu ajouter sa déficience à celle du ventricule gauche pour réaliser l'insuffisance cardiaque totale.

Mais s'il est admis, aujourd'hui, que le cœur gauche peut garder jusqu'au bout le rôle principal dans le déclanchement des phénomènes d'asystolie, le tableau symptomatique ne change pas et la thérapeutique homœopathique reste toujours guidée par les signes observés.

Trois remèdes sont à étudier, tout d'abord : deux remèdes de débilité générale et d'épuisement : *Arsenicum* et *Kali carbonicum*, un autre de dégénérescence : *Phosphorus.*

Arsenicum *Kali carb.* *Phosphorus*

ARSENICUM

Est indiqué dans toutes les affections qui durent depuis longtemps et cela explique le *découragement* qui s'est emparé

de l'esprit du malade qui répond à *Arsenicum.* Il pense qu'il ne guérira pas et qu'il est inutile qu'il prenne des remèdes. Ajoutons une *anxiété* et une *peur de la mort*, idées qui subissent une *recrudescence la nuit*, entre minuit et 2 heures du matin.

Le malade d'*Arsenicum* est *oppressé* au moindre mouvement et sa *dyspnée* peut s'exaspérer entre minuit et 3 heures du matin.

Il a des palpitations, un *cœur plus rapide le matin.*

Le malade se présente généralement avec des paupières gonflées, œdématiées, surtout les paupières inférieures, une peau plutôt pâle et cireuse et des *œdèmes* localisés ou généralisés.

KALI CARBONICUM

A deux caractéristiques essentielles : la *faiblesse générale* et la *tendance aux œdèmes.* Le malade se présente avec un signe objectif assez constant : le *gonflement de l'angle interne de la paupière supérieure.*

Le malade est essoufflé et souvent, vers 2 ou 3 heures du matin, il est pris d'oppression et obligé pour respirer de se pencher en avant, les coudes sur les genoux.

Le cœur est faible, le pouls petit, irrégulier.

Signalons la sensation qu'on rencontre assez souvent : le *cœur est suspendu par un fil.*

Les *œdèmes* sont manifestes, localisés aux membres inférieurs, parfois plus étendus.

Le malade est fatigué, faible, en proie à une *distension abdominale considérable* et une *flatulence* marquée.

PHOSPHORUS

Est un grand remède de l'insuffisance cardiaque. *Phosphorus* est un remède dont l'action est si diverse et si étendue qu'il en résulte peut-être un peu de difficulté à bien préciser ses signes caractéristiques. Il faut savoir que, malgré son nom un peu impressionnant, ce n'est pas un remède dangereux à manier à la condition de ne pas répéter trop fréquemment les doses, de le prescrire en 30 ou en 200 et d'éviter son usage répété chez les tuberculeux.

Les signes qui militent en faveur de son emploi dans l'insuffisance cardiaque sont : l'*oppression* du malade qui est très

marquée : elle peut venir des poumons congestionnés, mais aussi du cœur épuisé. On trouve en effet des *palpitations* violentes avec un pouls petit, rapide et mou.

Le malade a une *toux sèche*, douloureuse, pire en étant couché sur le côté gauche et il expectore des mucosités visqueuses et sanguinolentes.

Les *urines sont diminuées*, rougeâtres, contenant parfois de l'albumine.

Le *foie est gros* et sensible ; la rate aussi.

Il y a ou non des œdèmes, mais, en général, œdème autour des yeux.

La *congestion pulmonaire* active ou passive, l'*hépatomégalie* sont sous la dépendance de *Phosphorus.*

Si nous voulons d'autres signes plus concluants, nous recherchons la sensation de brûlure entre les deux épaules, ou, au niveau des mains, la tendance générale aux hémorragies, la soif inextinguible pour de l'eau froide.

Deux autres remèdes sont indiqués encore dans les cas désespérés, quand le collapsus est imminent :

Camphora *Carbo vegetabilis*

CAMPHORA

La dominante caractéristique du remède est le *refroidissement général du malade.* Le visage est pâle, froid, le corps glacé et, chose curieuse, malgré ce refroidissement, le *malade ne peut supporter d'être couvert* et rejette toutes ses couvertures.

Soif insatiable : nausées, crises brusques de vomissements et de diarrhée indolore.

CARBO VEGETABILIS

Est le remède type de l'*état désespéré.* Le *corps est froid,* mais la tête *reste chaude.* Comme dans *Camphora*, l'haleine, la peau, tout est froid, mais le malade manque d'air et il a *besoin d'être éventé* pour augmenter sa provision d'oxygène. La faiblesse est extrême, les lèvres enflées, pâles, livides, gencives spongieuses. Flatulence énorme. Oppression, le malade ne peut plus respirer. Enfin, la *peau est cyanosée ;* parfois couverte de sueurs froides.

Retenons de ce remède : le refroidissement, la cyanose, l'asphyxie avec besoin d'air.

A cette première série de remèdes, qui n'agissent pas seulement à la manière des toni-cardiaques de l'Ecole officielle, mais plus profondément en suscitant le réveil des réactions cellulaires, nous ajouterons des remèdes qui, dans la méthode officielle, sont parmi les toni-cardiaques les plus usuels et d'abord les plus importants :

Digitalis *Cratœgus* *Strophantus*

DIGITALIS

Nous avons eu déjà maintes fois l'occasion de le rencontrer sur notre route et de définir nettement ses indications. Ce n'est pas un remède à manier comme on le fait trop souvent dans l'Ecole officielle, sans ménagements et sans nécessité précise. Il a des signes nets, il faut les respecter et il répondra fidèlement aux sollicitations raisonnables.

La grosse indication de *Digitalis* dans l'insuffisance cardiaque se trouve dans le *pouls qui est lent, faible, irrégulier et intermittent.* Nous pensons qu'il est au moins indispensable de trouver la première ou la troisième condition pour être autorisé à prescrire la digitale.

Ajoutons comme signes secondaires : l'*état cyanotique* de la peau, surtout des ongles et des lèvres, la *congestion du foie* la respiration irrégulière, difficile, enfin les *œdèmes* et l'*oligurie.*

CRATŒGUS

A deux indications principales : la *faiblesse* et l'*irrégularité du cœur.* Le pouls est faible, rapide, irrégulier. Au moindre exercice, l'oppression survient avec sensation de manque d'air.

Avec *Cratœgus*, il y a aussi une tendance aux œdèmes mais moins marquée qu'avec *Digitalis*, et encore un signe parfois utile à connaître : l'*insomnie.*

Cratœgus a une bonne action sur le muscle cardiaque, en particulier *dans les infections graves.*

STROPHANTUS

Comme *Cratœgus*, a un cœur faible et irrégulier, mais une modalité assez caractéristique de ce remède est une *certaine instabilité circulatoire* qui se traduit par des *alter-*

nances : pouls lent ou rapide, pupilles contractées ou dilatées, congestion de la tête ou plénitude cardiaque.

En général, le pouls est faible, rapide, irrégulier.

Tendance aux œdèmes.

Congestion pulmonaire passive.

Enfin, ne pas oublier que *Strophantus* agit bien chez les sujets intoxiqués par l'*alcool ou le tabac.*

Nous citerons encore trois autres remèdes :

Apocynum *Convallaria* *Adonis*

APOCYNUM CANNABINUM

Correspond peut-être à un degré d'insuffisance cardiaque encore plus marqué et à une insuffisance cardiaque où l'élément rénal a joué une part importante.

L'*urine est peu abondante*, expulsée en très petites quantités à la fois. L'*ascite est abondante*, les *œdèmes importants.*

Le cœur faible, le pouls lent, l'*oppression* manifeste.

Le caractéristique la plus curieuse se trouve du côté digestif :

Sentiment de malaise au creux épigastrique avec défaillance.

Nausées et vomissements après avoir mangé ou bu.

CONVALLARIA MAIALIS

Augmente l'énergie du cœur. Ses indications générales sont : *stase veineuse marquée, dyspnée, œdèmes, oligurie, congestion pulmonaire.*

Le pouls est très rapide et irrégulier.

Oppression et palpitations au moindre mouvement.

ADONIS VERNALIS

Présente à peu près les mêmes indications : palpitations, dyspnée, auxquelles il faut ajouter des *douleurs précordiales* et il pourrait être un bon remède dans certains cas d'*asthme cardiaque.*

Le pouls est rapide, irrégulier.

La stase veineuse est importante.

Les urines rares, albumineuses.

Ces six derniers remèdes se prescrivent en basses dilutions. Il s'agit de soutenir un cœur dont la résistance est près de céder complètement.

Comme complément à cette étude théorique, je vous demande d'écouter le bref résumé de trois observations déjà connues dont les deux premières ont été rapportées au dernier Congrès du CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE. La première est du Dr MONTALIEU :

Elle concerne l'observation d'un enfant âgé de quelques semaines qui présentait, sous l'effet d'une énorme hypertrophie du cœur, des crises de cyanose, d'asphyxie, terribles avec tachyarythmie et qui ne pouvait même plus absorber une goutte d'eau. C'est vous dire si l'état était critique au plus haut point. D'ailleurs, les médecins des hôpitaux et agrégés, qui suivaient l'enfant, n'avaient pas caché à la famille et leur désarroi et leur insuffisance. Dans quarante-huit heures, l'enfant devait être mort. Eh bien! il ne mourut pas, grâce au Dr MONTALIEU et à l'homœopathie. Ces médecins traitants et consultants n'avaient pas su faire la part du facteur fonctionnel qui permettait l'espoir de guérison et condamnait tout agent thérapeutique brutal ou toxique qui ne pouvait qu'exaspérer le désordre existant. Le Dr MONTALIEU, avec *Lycopus* d'abord, *Spigelia* ensuite, puis *Natrum muriaticum*, permit à l'enfant d'être moins gêné par son hypertrophie cardiaque, de reprendre une alimentation normale. Sous l'influence de ces doses répétées, peu à peu l'hypertrophie cardiaque diminua. Les radiographies, dont vous pouvez voir la reproduction dans *L'Homœopathie française* du mois de décembre 1938, en font preuve, ainsi que le retour de cet enfant à une vie parfaitement normale.

La deuxième observation concerne un malade que je suis encore, et je n'ai rien à ajouter à ce que je disais sur lui l'année dernière, si ce n'est qu'il continue à se bien porter et que la consolidation de cette guérison porte le poids d'une année de plus.

A la suite d'un état d'hypertension (23-13), ce malade présenta des phénomènes de collapsus cardiaque avec crachats hémoptoïques. On porte le diagnostic d'infarctus du myocarde. Malgré différents traitements officiels et peut-être à cause d'eux, le malade entre en pleine asystolie avec anasarque, cœur complètement arythmique et présence de sept escarres. Les médecins traitants abandonnèrent la partie en déclarant que le malade en avait pour trois semaines tout au plus.

Dans ce cas-là, il devait y avoir un ensemble assez complexe de troubles fonctionnels et lésionnels et il était assez difficile de déterminer la part de chacun. Quoi qu'il en soit, nous avons cherché à lutter contre la lésion cardiaque par des remèdes de soutien tels que *Apocynum can.*, *Convallaria*, *Digitalis* et nous avons institué périodiquement des cures de digitaline à 1 $^{o}/_{oo}$ de 5 jours à raison de 5 gouttes par jour. Puis, sur cette base de soutien, si vous voulez, nous avons construit concuremment toute une thérapeutique intéressant cœur, foie et reins, avec *Phosphorus*, *Kali carb.*, *Berberis*, *Arsenicum*, *Natrum muriaticum.*

Nous avons eu la joie de le tirer de ce mauvais pas et de faire triompher la méthode homœopathique, ce dont nous sommes beaucoup plus fier que de notre succès personnel.

Le troisième cas concerne un malade atteint de cancer du testicule opéré (le diagnostic biologique a été fait) et présentant une masse ganglionnaire dans la région lombaire ; il vient me trouver en pleine insuffisance cardiaque, après une double phlébite et une embolie pulmonaire (œdème massif des jambes remontant au-dessus des genoux, dyspnée marquée, arythmie complète, tension 11-9).

L'intérêt de l'observation pour nous, ce soir, ne réside pas dans l'arrêt de l'évolution cancéreuse, mais dans le rétablissement intégral des fonctions cardiaques obtenu par le traitement homœopathique seul.

Les remèdes employés furent : *Thuya* 200, *Phytolacca*, *Ignatia*, *Berberis*, puis *Luesinum* 200, *Conium*, *Hydrastis.*

Pas un seul remède d'action cardiaque.

Nous attribuons à *Luesinum* la part la plus importante de ce redressement tant au point de vue cancer qu'au point de vue cardiaque. En agissant chez ce malade comme nous l'avons fait, nous avons obtenu l'arrêt de l'état lésionnel et la disparition des troubles fonctionnels cardiaques concomittants.

Sans cette intervention anti-toxinique, il est probable que l'évolution du désordre organique et fonctionnel, que n'empêchaient pas la thérapeutique officielle et les toni-cardiaques précédemment employés, aurait continué jusqu'à l'issue fatale. Et nous sommes en droit de dire que cela fut évité par l'emploi de *Luesinum.*

D'où l'utilité de rechercher, comme nous le disions en

commençant, la nature de la toxine responsable de l'état morbide. Ainsi, nous allons jusqu'à la source profonde du mal et, en la neutralisant, étouffons une des causes qui entretiennent et alimentent le foyer morbide et se trouvent à l'origine des troubles, qu'ils soient fonctionnels ou lésionnels.

Messieurs, mon rapport est terminé. Je sais que la question de l'homœopathie et des troubles cardiaques n'est pas épuisée. Nous avons voulu seulement étudier ce soir deux chapitres importants de la pathologie cardiaque pour vous montrer que le médecin homœopathe dispose d'un nombre important de remèdes pour s'attaquer aux maladies du cœur et bien vous convaincre que son action thérapeutique est particulièrement heureuse et ordonnée.

Et vous avez pu voir, d'une façon objective, la nécessité et la valeur de notre thérapeutique spécifique sur le déroulement des phénomènes morbides aigus ou chroniques.

Vous avez pu aussi vous imprégner de cette notion si fertile en conséquences pronostiques et thérapeutiques : le fonctionnel précède le lésionnel. Et si, évidemment, c'est au premier stade que nous remportons nos meilleurs succès, le stade lésionnel nous réserve encore d'agréables surprises. Mais nous n'attendons pas cette ultime étape pour agir. Pensons au rôle prophylactique de l'homœopathie. Alors nous agirons avant que l'organisme ait perdu ses possibilités de réaction. Alors nous saisirons le mal à son point de départ, car l'action prophylactique du médecin homœopathe s'exerce sur un vaste champ. Elle ne se borne pas à l'introduction dans l'organisme de substances qui doivent en interdire l'accès aux germes morbides. Elle consiste encore et surtout à rechercher les toxines qui sont en nous, acquises ou héréditaires, et à arrêter le développement ultérieur de leur action néfaste.

Alors, nous sommes dans la véritable fonction du médecin, fonction qui ne peut être mieux exprimée que par la définition qu'en donne HIPPOCRATE et que nous rappelait hier soir le Dr VANNIER : « Le meilleur médecin est celui qui sait connaître d'avance. »

Prévenir plutôt que guérir, mais guérir aussi pour prévenir. Guérir, en neutralisant dans l'organisme les éléments fauteurs de désordres possibles ; prévenir, en évitant ainsi les explosions toxiniques foudroyantes et les altérations lésionnelles irréparables.

Messieurs,

Il s'en va temps que je reprenne
Un peu de force et d'haleine,

et sans doute en avez-vous besoin autant que moi. Suivons donc le conseil du fabuliste :

Bornons ici notre carrière

et pardonnez-moi d'avoir abusé de votre patience.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Le rapport complet, ordonné et supérieurement documenté du Dr Poirier se passe de commentaire. Je veux simplement le féliciter de ce très beau travail et le remercier de nous avoir donné un aperçu si splendide sur les possibilités de l'Homœopathie dans les maladies du cœur.

Dr Schmitt :

Il serait présomptueux de vouloir ajouter au remarquable exposé que vient de nous faire le Dr Poirier. Je me propose seulement de vous entretenir d'un détail de pratique courante chez les cardiaques : l'anesthésie locale en stomatologie.

Les injections de novocaïne, et surtout de novocaïne-adrénaline au niveau des maxillaires, déterminent des réactions du patient beaucoup plus marquées que des injections de la même substance en plus grande quantité en une autre partie du corps, les doigts par exemple. L'adrénaline, en particulier, peut déterminer des malaises, généralement bénins, mais qui n'en sont pas moins fâcheux dans le cabinet du praticien.

Or, avant d'intervenir, pour une extraction dentaire par exemple, il n'est pas toujours possible de faire le bilan de son patient par un interrogatoire et un examen approfondis, voire même de chiffrer la pression artérielle. Il faut donc se contenter le plus souvent d'un diagnostic immédiat basé sur les signes extériorisés par le sujet.

Pratiquement, je suis arrivé à cette conclusion, qu'en règle générale :

Les tuberculiniques sont des hypotendus et l'adrénaline peut être employée.

Les fluoriques, également les hypercholestérinémiques sont au contraire hypertendus et mieux vaut éviter l'adrénaline.

Mais un grand nombre de patients sont difficiles à étiqueter : les fonctionnels purs, les neuro-arthritiques, etc... Les sujets *Ignatia* sont particulièrement redoutables en raison de leurs réactions paradoxales.

L'iriscopie pourra souvent donner des renseignements précieux : chacun sait que chez les hypotendus la pupille est généralement plus dilatée que chez les hypertendus. Nous savons aussi que dans la région gauche de l'iris gauche, dans le secteur de 2 heures, nous pouvons trouver des signes d'affections cardiaques.

Pour les malades fonctionnels, je crois qu'il faut porter un intérêt tout spécial à ce que le Dr Léon VANNIER dit des iris à signes de localisations du sympathique très marqués et la constatation de ce « quadrilatère aux contours sinueux » au milieu duquel se trouve le cercle pupillaire permettra de soupçonner bien des *Ignatia*.

On recherchera aussi dans l'iris les signes de stase circulatoire, d'intoxination, de tendance aux spasmes, de cholestérinémie et on pourra voir des signes aiguillant sur *Sulfur*, *Pulsatilla*, *Cuprum*, *Magnesia carbonica*, *Cholesterinum*, etc... et déjà en quelques secondes d'examen on connaîtra un peu son malade.

Un signe de stase circulatoire presque constant chez les hyposystoliques est l'anneau cutané de l'iris à arc inférieur plus sombre ; ce signe n'est pas pathognomonique d'hyposystolie, il ne traduit qu'une mauvaise circulation du sang et peut apparaître durant les règles de femmes en parfaite santé, mais chez les cardiaques il prend une valeur particulière et sa constatation doit amener un interrogatoire plus poussé du patient.

(*Suspension de séance.*)

Le Président :

Avant de donner la parole au Dr STUHL, je tiens à vous dire que nous serions très heureux d'avoir vos suggestions sur les sujets à traiter lors de notre prochain Congrès.

La parole est au Dr STUHL.

Dr L. Stuhl :

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DU CŒUR

L'examen radiologique du cœur réalise, dans une certaine mesure, une sorte d'autopsie sur le vivant, renseignant sur le développement du cœur et l'état du pédicule vasculaire.

La radiologie étudie :

a) La morphologie du cœur et du pédicule ;

b) Les dimensions globales et partielles de l'ombre ;

c) Les caractères des battements.

Cet examen montre si l'image cardio-aortique est normale ou pathologique et, dans ce cas, la répartition des altérations, leurs caractères. Il est possible d'en tirer certaines déductions, diagnostiques, pronostiques et même thérapeutiques.

Les servitudes techniques

Le but de l'examen radiologique étant de soumettre à une analyse méthodique et à une interprétation raisonnée l'image cardiaque, il importe d'obtenir des documents précis et comparables entre eux. Pour cela, il est indispensable de se mettre toujours dans les mêmes conditions techniques et d'avoir des projections sans déformations. Or, le faisceau rœntgenien, par sa projection conique, agrandit l'image en fonction de la distance et le fait d'autant plus inégalement que les points de l'objet s'éloignent davantage du centre du faisceau incident.

Cette déformation se corrige par :

a) *La radioscopie orthogonale*, ou orthodiagramme. Ce procédé consiste à promener tout autour de l'ombre cardio-aortique un faisceau de rayons X extrêmement diaphragmé. Le seul faisceau utilisé est celui tombant perpendiculairement à l'écran d'observation.

Le rayon est amené tangentiellement aux différents points du contour cardiaque ; chacun des points est noté sur l'écran.

La réunion de ces points fournit une image plane du volume

cardiaque dans la position qu'il occupe par rapport à l'écran. Cette image n'est pas agrandie de plus de 2 ou 3 millimètres.

Sur cet orthodiagramme, il est possible de déterminer et de mesurer les principaux diamètres : longitudinal, transversal... Malheureusement, ces diamètres intéressent tous plusieurs cavités. Cependant, il est possible d'avoir des mensurations intéressant le seul ventricule gauche pouvant rendre dans les cas douteux de grands services.

b) *La téléradiographie.* Celle-ci, pour ne pas donner de projection agrandie ou déformée, devra être pratiquée l'ampoule étant à 2 m. 50 de la plaque.

Kymographie

L'étude des battements à la radioscopie ne donne que des données imprécises et fugitives. Il est maintenant possible d'obtenir l'inscription radiologique des battements cardio-aortiques (radio-kymographies). Ces documents sont susceptibles de fournir des renseignements extrêmement instructifs, non seulement sur l'état fonctionnel du myocarde, mais encore pour l'identification d'une image anormale, les battements du ventricule gauche étant différents de ceux de l'oreillette gauche, qui sont différents eux-mêmes de ceux de l'artère pulmonaire, etc...

Tomographie

La tomographie est un procédé récent d'étude en coupe de l'organisme qui, appliqué à l'étude du cœur et des vaisseaux de la base, peut fournir des renseignements complétant ceux donnés par les procédés classiques.

LE CŒUR NORMAL

(Projections)

En position frontale, le cœur se présente sous forme d'une ombre homogène à sommet claviculaire (schéma 1).

Vous voyez que le contour gauche est formé de trois arcs :

— L'arc supérieur, saillie circulaire, correspond à la crosse de l'aorte ;

— L'arc moyen, qui, situé au-dessous, répond pour la

plus grande part à l'artère pulmonaire. C'est un point de radiologie encore très discuté ;

— L'arc inférieur correspond au ventricule gauche.

Ces deux arcs, l'un ventriculaire, l'autre artériel, sont animés de battements se faisant en sens inverse. Au retrait systolique ventriculaire correspond une expansion de l'arc artériel et inversement. Entre ces deux arcs, une petite zone immobile a reçu le nom de point G. Le bord droit est formé seulement de deux arcs, le supérieur correspond à la veine cave, l'inférieur à l'oreillette droite. L'articulation de ces deux arcs est le point D.

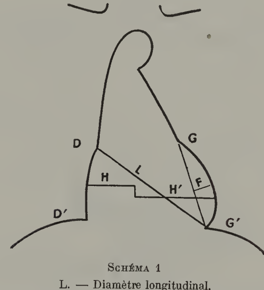


Schéma 1

L. — Diamètre longitudinal.
H + H'. — Diamètre transversal.
G G'. — Corde du ventricule gauche.
F. — Flèche du ventricule.

La limite inférieure n'est pas entièrement visible, elle repose sur le diaphragme. On aperçoit surtout la partie gauche et encore dans la proportion où le cœur se détache du diaphragme. La région qui correspond à la pointe est en général, cependant, assez visible. L'extrémité de la pointe est caractérisée par la lettre G'.

L'image radioscopique ou radiographique correspond à la projection plane d'un volume creusé de plusieurs cavités, orifices ou troncs vasculaires. Or, le cœur donne à l'écran

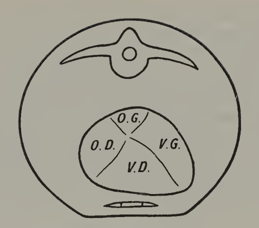


SCHÉMA 2 (A)

A) Coupe transversale du cœur d'après BORDET.

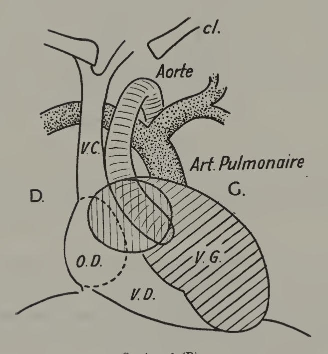


SCHÉMA 2 (B)

B) Rapport des cavités du cœur d'après CHAPERON. En hachuré les cavités gauches, l'aorte. En blanc les cavités droites, la veine cave supérieure. En pointillé l'artère pulmonaire.

une ombre homogène sans qu'aucun accident, aucune variation de teinte, ne laisse reconnaître les sillons, les cloisons, qui séparent normalement ces diverses cavités.

Par des injections opaques intra-cardiaques, CHAPERON, LAUBRY et ses élèves ont pu déterminer la part respective de chacune des cavités dans l'ombre cardiaque (schéma 2).

L'examen dans la position frontale, qui nous montre bien les contours droit et gauche, doit donc être complété par l'examen dans les positions obliques.

En faisant tourner le sujet à droite, puis à gauche, le

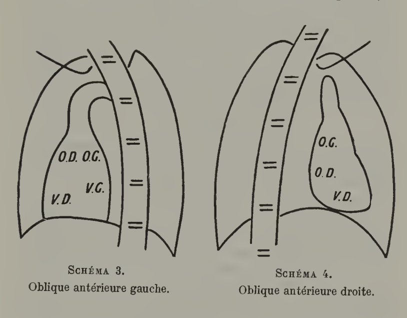


SCHÉMA 3.
Oblique antérieure gauche.

SCHÉMA 4.
Oblique antérieure droite.

cœur se détache des ombres du rachis et de la région sternale et l'on explore ainsi les faces antérieures et postérieures.

Les deux positions les plus utilisées sont : la position oblique antérieure gauche O. A. G., qui permet d'explorer la face postérieure du cœur et en particulier l'oreillette gauche (schéma 3) et la position en oblique antérieure droite O. A. D., qui découvre surtout l'oreillette droite (schéma 4).

Les positions transverses sont utilisées pour les ventricules.

Variations des images normales. — Suivant le type de l'individu, la conformation cardio-aortique sera différente.

Chez les obèses à thorax large et court, le cœur est souvent horizontal, couché sur le diaphragme.

Chez le longiligne, au contraire, le cœur est vertical, allongé, peu développé en largeur ; il peut même paraître suspendu au-dessus du diaphragme (cœur en goutte).

Enfin il existe un type intermédiaire.

Des modifications importantes surviennent également dans le passage de la station verticale au décubitus et surtout pendant les grands mouvements respiratoires. L'inspiration abaisse et amincit la silhouette, l'expiration profonde l'élève et l'élargit.

L'âge également joue un rôle : le cœur sénile est couché sur le diaphragme, étalé, élargi.

Il faut tenir compte de ces facteurs dans l'interprétation de ces radiogrammes, et des tables donnent les variations admises de la surface par rapport à l'âge, au poids, à la taille des individus.

IMAGES PATHOLOGIQUES

(Projections)

Au cours de nombreuses affections, le cœur s'adapte à sa lésion en dilatant ses cavités, en hypertrophiant ses parois, d'où des modifications dans sa grandeur et sa forme.

En voici quelques exemples :

1º Une dilatation hypertrophique du ventricule gauche caractérisée par une augmentation de la surface cardiaque, mais plus particulièrement de sa partie gauche. Le contour G G' est largement convexe, il peut devenir hémisphérique, la pointe est arrondie et globuleuse et se détache mal du diaphragme ;

2º Une hypertrophie du ventricule droit. Ici encore augmentation de l'aire cardiaque, mais aussi étalement de l'ombre sur le diaphragme avec rejet vers le haut et la gauche de la pointe du cœur, le maximum de la saillie du contour de l'arc inférieur gauche se trouve au-dessus du diaphragme. C'est un cas type de cœur en sabot décrit par Bordet ;

3º Une dilatation de l'oreillette gauche dont les images sont très typiques. De face, vous voyez une saillie exagérée de l'arc moyen. En oblique antérieure gauche, la déformation est tout à fait nette, l'oreillette fait une saillie importante dans l'espace rétro-cardiaque ;

4º Parfois l'ectasie (oreillette géante) est telle qu'elle forme le contour droit du cœur.

Au niveau de l'aorte vous constatez, dans ce cas, un élargis-

sement de l'ombre du vaisseau dont l'ombre se déroule largement. Il s'agit d'une aortite.

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC

La radiologie, avec les éléments d'appréciation qu'elle possède et que certains ont comparés à des ombres chinoises, ne peut prétendre à établir des diagnostics certains.

1º Dans les cas cliniquement douteux, des renseignements importants sont cependant fournis au clinicien. C'est ainsi que la radiologie permet de conclure à la nature organique d'un souffle en montrant des modifications de l'ombre cardiaque ;

2º Elle peut permettre aussi de compléter un diagnostic : insuffisance mitrale associée à un rétrécissement, association mitro-aortique, etc...

Dans le cas d'hypertension artérielle, la radiologie permet de déterminer la part de l'aortite, la réaction du ventricule gauche. Dans certains cas d'angor, ne s'accompagnant d'aucun trouble d'auscultation, cet examen pourra montrer que le cœur, comme l'aorte, participe au syndrome douloureux, etc. ;

3º Dans les lésions valvulaires, les images sont assez typiques pour que le diagnostic puisse en être fait à l'écran, au début de l'affection tout au moins.

Voici un cas de *rétrécissement mitral* caractérisé par sa volumineuse oreillette gauche, son ventricule petit, sa pointe pointue, suivant l'expression de Destot.

Voici une *insuffisance mitrale* valvulaire où vous trouvez une hypertrophie légère du ventricule gauche et une hypertrophie plus considérable du ventricule droit qui s'accentuera lorsque la circulation pulmonaire se trouvera gênée.

Enfin une *maladie mitrale*, où nous trouvons un arc moyen exagéré, un point D relevé, un contour droit anormalement relevé ; le ventricule gauche n'est pas très augmenté de volume.

En oblique, nous retrouvons la saillie de l'oreillette. Dans ce cas de double lésion mitrale, la sténose l'emporte sur l'insuffisance.

Les affections *valvulaires aortiques* endocarditiques s'accompagnent d'une augmentation de volume du ventricule gauche.

En voici un exemple, mais cette même hypertrophie vous pouvez la retrouver dans l'hypertension artérielle. Ceci interdit, vous le voyez, de faire le diagnostic précis d'une cardiopathie à l'écran.

Mais cet examen reprend toute sa valeur dans les cas douteux, par exemple dans le cas d'un frémissement systolique de la pointe d'interprétation difficile, la constatation d'un gros ventricule gauche ou au contraire d'une grosse oreillette fera conclure à l'insuffisance aortique ou au rétrécissement mitral ;

4° De même dans les affections de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Voici un *anévrisme.* Il est bien reconnaissable par sa volumineuse dilatation en poche à contours irréguliers de l'aorte descendante, alors que c'est une région où l'anévrisme ne fait que bien rarement sa preuve par les seuls procédés cliniques d'examen.

Le *rétrécissement congénital de l'isthme aortique* est une affection rare et de diagnostic difficile.

Comme vous le voyez ici (fig. 1), le cœur et l'aorte n'offrent rien de particulier, mais en regardant le gril costal, vous remarquez que le bord inférieur des côtes supérieures présente sur toute leur longueur de nombreuses érosions ; ce sont elles qui permettent le diagnostic. En effet, elles sont dues à la dilatation des artères intercostales, sus-jacente du rétrécissement de l'isthme.

Bien connues des anatomistes, ces érosions n'avaient jamais cependant été signalées en France sur les radiographies ; celles que vous venez de voir m'ont permis de décrire ce signe le premier en France ; le mérite vous en revient, puisque cette malade m'avait été confiée par l'un de vous, notre ami le Dr Duhamel.

Les affections de l'artère pulmonaire sont également d'un diagnostic souvent difficile tant est polymorphe la symptomatologie clinique, le siège, la propagation des souffles, etc... Souvent, l'affection est bien supportée et le diagnostic n'est fait qu'à l'écran fortuitement, au cours d'un examen pulmonaire par exemple.

Il en fut ainsi chez huit malades examinés depuis un an à mon dispensaire de l'O. P. H. S. Tous ces diagnostics ont été confirmés dans le service du Pr Clerc et feront l'objet d'un travail ultérieur.

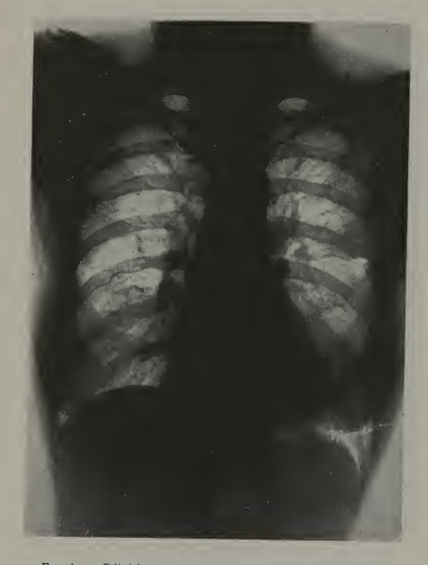


Fig. 1. — Rétrécissement isthme aortique. Érosions costales.

En voici quelques exemples :

Vous voyez ici une saillie de l'arc moyen, elle est différente de celle que vous avez vue dans le rétrécissement mitral ; elle est plus haut située, elle se fait aux dépens de la partie supérieure de cet arc.

En cas de doute, une kymographie montrant des battements de caractère artériel pourra trancher le diagnostic (fig. 2). Ils sont différents de ceux rencontrés dans le rétrécissement mitral. Ils sont également plus amples que ceux de l'aorte ; c'est là un signe important d'affection de l'artère pulmonaire. Avec ou sans radiologie, il est toujours difficile de conclure à la nature exacte, affection congénitale, artérite. Les tomographies (coupe du thorax passant par le tronc et les branches de l'artère pulmonaire) cependant montrent parfois qu'il existe un degré prononcé d'athérome. Sans la tomographie, cet athérome n'aurait pas été reconnu (fig. 3) ;

5º Enfin, pour terminer, voici un *épanchement péricardique* où le diagnostic se fait aisément en raison de la forme triangulaire et du volume de l'ombre cardiaque avec diminution de la hauteur du pédicule. A la radioscopie, il y a en plus abolition des battements sur toute la hauteur de l'ombre.

INDICATIONS PRONOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Pour s'adapter à sa lésion, qu'il s'agisse d'une lésion valvulaire ou de myocardite, le cœur dilate la ou les cavités intéressées et hypertrophie ses parois, d'où augmentation de l'ombre et déformation des contours. Cette augmentation pathologique du volume du cœur n'est, du reste, que l'accentuation d'un phénomène physiologique.

D'après les travaux des physiologistes et de certains radiologistes, Bordet en particulier, il semble que l'adaptation normale du cœur à un effort puisse être schématisée de la façon suivante :

Dilatation diastolique des cavités, d'où augmentation de l'ombre du cœur ; exagération de l'amplitude des battements, phénomène qui tend à maintenir les dimensions premières de l'organe quel que soit le degré de la dilatation diastolique de la cavité.

Le caractère transitoire de ces accidents, le retour rapide du cœur à la normale, nous assurent que la tonicité du myocarde est entière.

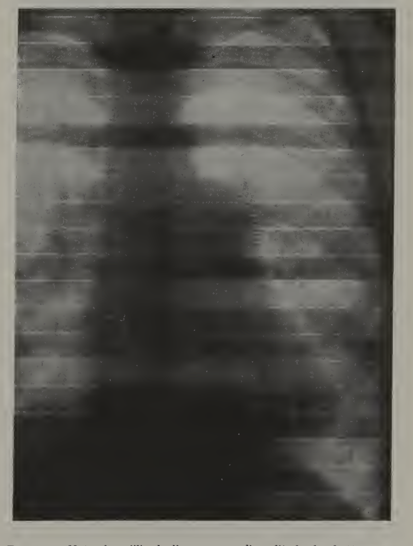


Fig. 2 — Noter la saillie de l'arc moyen, l'amplitude des battements.



Fig. 3. — Tomographie en position oblique gauche, coupe passant à 11 m/m de la paroi et montrant la crosse de l'artère pulmonaire, ses branches de divisions.

Lorsque, au contraire, on constate que les dimensions de l'ombre cardiaque atteignent ou dépassent déjà les plus grandes limites permises chez un sujet normal de même conformation et qu'il s'ajoute à cela des battements d'une amplitude nettement exagérée, *persistant au repos*, qu'il y ait tachycardie ou que le cœur soit lent, on doit suspecter une réaction adaptive du myocarde dont le caractère commence à n'être plus normal. Cependant, on peut être assuré que la tonicité du myocarde est suffisante et, à ce stade, de simples prescriptions d'hygiène et de régime suffisent la plupart du temps, l'adaptation se faisant d'elle-même.

Lorsque, à l'excès de l'amplitude des battements, s'ajoute un accroissement des dimensions du cœur — nous en avons vu tout à l'heure des exemples — on peut affirmer qu'il s'agit d'une dilatation pathologique.

Lorsque l'accroissement du ventricule gauche est modéré et que les battements conservent une forte amplitude, on peut conclure à une dilatation systolique et à une hypertrophie pariétale compensatrice qui est déjà une réaction de fatigue. En effet, tant que les lésions n'entraînent pas un surcroît de travail qui épuise l'énergie contractile, l'hypertrophie ne se produit pas. Cette réaction de fatigue, pour discrète qu'elle soit, impose déjà une certaine réserve sur la capacité fonctionnelle du cœur et demande le secours médicamenteux.

Si la lésion s'aggrave, si le myocarde est soumis à un nouveau surmenage, il réagira en se dilatant et s'hypertrophiant davantage jusqu'au moment où le myocarde deviendra insuffisant à assurer l'efficacité systolique ; le cœur s'achemine vers l'insuffisance, la dilatation passive permanente.

Quoi qu'il en soit du mécanisme pathogénique que rapidement je viens de vous esquisser, sur le ventricule gauche la radiologie permet de suivre la marche progressive ou régressive des dilatations cardiaques.

Certaines d'entre elles peuvent n'être qu'épisodiques, transitoires, d'autres, au contraire, sont longtemps stationnaires, augmentent et régressent lentement pour finalement s'accroître, mais il en est aussi qui s'installent rapidement, ne s'atténuent jamais et progressent inexorablement vers la grande dilatation passive. La gravité du pronostic va évidemment en croissant dans ces différents cas.

Les renseignements radiologiques confirment le plus souvent les données cliniques, mais les graphiques de percussions n'ont cependant pas la rigueur des graphiques radiologiques, en particulier pour apprécier des variations localisées ou de médiocre développement.

Les signes cliniques eux-mêmes peuvent être trompeurs et en dépit de l'amélioration manifeste, l'écran ne montre aucune diminution de volume du cœur. Parfois même, on a la surprise de constater une augmentation du processus de dilatation et cette discordance est toujours d'un fâcheux pronostic.

L'examen radiologique peut également orienter parfois pour le choix des médicaments, car il met en évidence d'une façon objective que, sous l'influence de celui-ci, le cœur reste dilaté ou se dilate davantage, alors que sous l'influence de tel autre, qui pouvait pourtant paraître moins indiqué, il y a une diminution de volume de l'organe. Certains cœurs très épuisés, par exemple, déjà très ralentis, peuvent mal supporter les médications qui accentuent les phases diastoliques et entraînent ainsi une surdistension des cavités, et provoquent une incapacité du cœur à se contracter efficacement, d'où une dilatation extrême permanente ; les médications, qui renforcent la contraction, peuvent, au contraire, avoir une action heureuse, car elles renforcent le pouvoir contractile de ce cœur épuisé, et l'on constate alors sur les radiogrammes la diminution de l'ombre cardiaque; c'est ce qu'ont bien montré BORDET et YACOEL.

Je m'excuse, Messieurs, d'avoir été si incomplet et pourtant si long dans ma tentative de vous montrer les limites de l'examen radiologique, mais aussi les possibilités et les renseignements que l'on peut en tirer pour le traitement des malades. Vous trouverez dans les travaux de BORDET, auxquels j'ai fait de nombreux emprunts, dans ceux de LAUBRY, CHAPERON, COTTENOT, H. DE BALZAC, les développements et les précisions que je n'ai pu vous donner dans cette déjà trop longue causerie. *(Applaudissements.)*

Le Président :

Nos remerciements vont au Dr STUHL car ses intéressantes radiographies ont contribué à élargir notre horizon et nos connaissances des maladies du cœur.

La parole est au Dr Cécile DUBOST qui va nous présenter une malade.

Dr Cécile Dubost :

UNE OBSERVATION D'ASYSTOLIE

La malade que je vais vous présenter, actuellement âgée de 47 ans, est atteinte d'asystolie consécutive à une lésion cardiaque sur laquelle je n'ai pu mettre une étiquette précise, étant donné la complexité des signes d'auscultation. Je pense qu'il s'agit d'une maladie mitrale, mais je n'affirmerai pas que d'autres valvules ne sont pas touchées.

Cette malade, que j'ai vue pour la première fois le 2 *avril* 1938, fait remonter le début de sa maladie actuelle à un épisode aigu qu'elle présenta en 1923. Jusque-là parfaitement bien portante, elle eut alors un gros phlegmon de l'amygdale qui fut suivi, dit-elle, d'une paralysie presque complète des membres inférieurs. Soigné à l'hôpital Laënnec, cet épisode aigu excita beaucoup l'intérêt des médecins du service, et c'est depuis cette époque que la malade a notion d'avoir une lésion cardiaque.

Le Wasserman à ce moment fut négatif, le dosage de l'urée sanguine à 0 gr. 51.

Depuis cette époque, la malade a fait une très grosse consommation de digitaline. Elle a d'abord été suivie régulièrement à l'hôpital, puis constatant que la thérapeutique se réduisait toujours à la même prescription : purgatifs drastiques et digitaline, a cessé d'y aller et a continué d'elle-même à prendre de temps en temps 50 gouttes de digitaline.

Dans ses antécédents : elle est veuve depuis treize ans, elle a élevé cinq enfants dont deux sont morts de méningite ; son mari est mort de tuberculose ; un des trois fils qui lui restent est à Berck, pour une atteinte de tuberculose osseuse.

Exerçant la profession de femme de ménage, elle a toujours mené une vie très active et c'est parce que depuis quelque temps elle n'est plus capable de continuer son travail, que sa patronne, dont je soigne les enfants, me demande de la voir.

Le 2 *avril* 1938, je suis en présence d'une femme en pleine asystolie, dont on se demande comment elle a pu jusque-là travailler aussi durement qu'elle le fait. Les lèvres sont

cyanosées, le teint plombé, les pommettes violacées, le cou est animé de battements rapides et violents qui impriment à la tête des mouvements synchrones aux battements cardiaques.

La parole est difficile, coupée par la respiration qui est rapide et paraît très pénible.

L'appétit est bon mais, après les repas, la malade se sent gonflée, ses nuits sont troublées par des coliques, elle émet des gaz abondants. Elle est constipée.

Très rarement altérée, elle boit peu, urine peu, ses urines ne contiennent ni sucre ni albumine, pas de dépôt, mais ont une odeur forte et une couleur foncée.

Elle n'est pas frileuse, mais les mains, les pieds et le nez sont constamment glacés. Ils présentent d'ailleurs une teinte cyanotique très caractéristique. Elle accuse des varices, dont elle souffre surtout avant ses époques.

Bien réglée jusqu'à l'année dernière, elle l'est actuellement d'une façon irrégulière, et c'est surtout depuis qu'elle perd moins et moins souvent — ceci remonte à six mois environ — qu'elle a vu ses signes d'insuffisance cardiaque s'accentuer.

Toujours aggravée avant les règles qui, au début, sont foncées, puis plus rouges, elle est très améliorée par leur apparition. Elle est également aggravée par le vent.

Elle dort mal, son sommeil est coupé de réveils fréquents, de cauchemars : surtout de rêves d'eau sale.

Le caractère de cette malade a changé, elle est devenue très nerveuse, a facilement les larmes aux yeux, est d'une extrême susceptibilité, parfois même sujette à des mouvements de vivacité ou de violence.

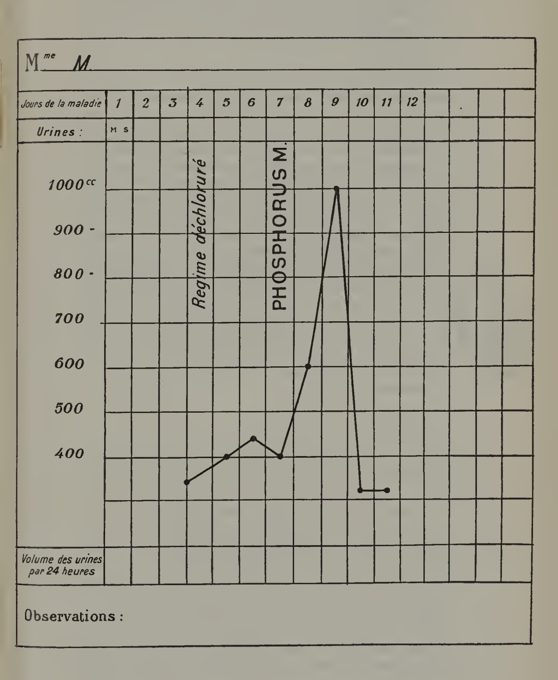
A l'examen, le pouls est petit, incomptable et parfaitement arythmique. Le cœur, dont la pointe est perçue dans le 7e espace intercostal, bat à un rythme fœtal mais avec une extrême violence. Tout le premier bruit est couvert par un énorme souffle râpeux.

La tension artérielle est impossible à prendre, on perçoit un battement sur 8 ou 10, la maxima paraît être aux environs de 12, la minima ne peut être déterminée.

Le foie est gros, débordant de quatre travers de doigt et atteint l'ombilic. On note un reflux hépato-jugulaire net.

Il n'existe pas d'ascite, mais un léger œdème malléolaire.

Les réflexes sont normaux.



Mme M.
Jours de la maladie
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
Urines :
M S
Régime déchloruré
PHOSPHORUS M.
1000cc
900 -
800 -
700
600
500
400
Volume des urines par 24 heures
Observations :

PRESCRIPTION :

— *Ignatia* M
— *Lachesis* 200 } deux doses à quinze jours d'intervalle.

— *Glonoïne* 30
— *Spigelia* 30 } alternés.

— *Solidago* 3.

Je revois la malade le 29 *avril.*

Elle a été très secouée par la dose de *Lachesis* 200 après laquelle elle a eu une céphalée violente, des courbatures, une sensation d'anéantissement suivant son expression.

Les battements du cou sont beaucoup moins intenses ; elle les perçoit, dit-elle, beaucoup moins, mais par contre, de gros œdèmes des membres inférieurs ont apparu, une ascite importante s'est développée qu'on peut évaluer à peu près à 2 ou 3 litres et je note de la matité des deux bases.

Le cœur est moins irrégulier, moins rapide, la tension toujours aussi impossible à prendre.

La malade a eu ses règles au début du traitement, mais d'une façon atypique. Elle se plaint d'avoir soif, éprouve une sensation de sécheresse de la bouche, est agitée pendant la nuit. La constipation a disparu. Par ailleurs, elle devient frileuse, se plaint de troubles circulatoires et accuse sous le sein gauche une sensation pénible de brûlure.

Devant ce tableau clinique, je prescris :

— *Phosphorus* M, une dose,

suivi de :

— *Spigelia* 30,

— *Berberis* 6,

mais je demande à la malade, avant de prendre la dose de *Phosphorus*, de se mettre au lit et au lait et de mesurer ses urines.

— Premier jour de lit sans médicament : 300 cc.

— Deuxième jour de lit et lait, la courbe monte à 400 cc. et paraît s'y stabiliser pendant le troisième jour.

— Quatrième jour, *Phosphorus* M, la courbe passe à 600 cc. et le lendemain à *mille* pour retomber, le sixième jour, à 300 cc.

A noter l'action diurétique incontestable de *Phosphorus* M, action toutefois insuffisante chez cette malade puisqu'elle n'est que passagère. Je prescris donc trois jours de suite quatre pilules de Lancereaux. J'insiste, en passant, sur un fait : je crois, comme nous l'enseignait mon maître, le

Pr Lemierre, qu'il est préférable de donner la digitaline sous forme de poudre de feuille de digitale, plutôt que sous forme de glucoside ; il me semble, en outre, de notre point de vue particulier, que sous cette forme naturelle, elle n'entrave pas l'action des remèdes homœopathiques. En même temps je prescris :

— *Apis* 6, deux fois par jour,

car chez cette femme en état d'anasarque, la soif a complètement disparu, et :

— *Lycopodium* 30, une dose,

car elle signale une tendance nette à se mettre dans de violentes colères, colères qui la laissent malade et déprimée.

Le 16 mai 1938, la malade a perdu 7 kilos en dix jours. Après avoir pris les pilules de Lancereaux, elle a continué *Apis* et *Lycopodium* et la perte de poids a également continué. L'ascite a considérablement diminué, la matité des bases a disparu, les palpitations sont très atténuées, les urines sont plus abondantes : un litre par jour. La frilosité a disparu ; au contraire, la malade a toujours trop chaud, en particulier au lit.

Elle se sent bien, toutefois le foie reste gros, le cœur est toujours arythmique, la tension impossible à prendre.

Nous prescrivons :

— *Apis* M,
— *Sulfur* M,
— *Luesinum* 200,
— *Lycopodium* 30, une fois par semaine,
— *Apis* 6,
— *Solidago*,

en lui recommandant d'avoir recours aux pilules de Lancereaux si elle constate une augmentation de poids.

Le 16 juin 1938, un mois après, sans avoir eu besoin de digitale, la malade a perdu 6 nouveaux kilos (ce qui fait 13 litres d'ascite et d'œdème depuis six semaines). Elle se sent bien, est calme et même gaie et, pour la première fois, on peut prendre sa tension : 13-10 au Vaquez.

La malade insiste sur ce fait : au mois de janvier dernier, sortant de l'hôpital après deux purges d'eau-de-vie allemande, plusieurs jours de diète absolue et 50 gouttes de digitaline, elle n'est jamais arrivée à ce résultat. Le poids le plus bas alors constaté a été 65 kilos contre 61 kil. 700 aujourd'hui. Depuis qu'elle a commencé le traitement homœopathique,

elle n'a pas cessé de travailler, astique des meubles, lave, repasse, monte des étages.

Il serait long et superflu de continuer à énumérer devant vous les symptômes éprouvés par cette femme depuis un an et les remèdes qu'ils ont suscités. Ces remèdes ont été le plus souvent :

Lachesis 200,
Phosphorus M,
Spigelia M,
Sulfur M,
Luesinum 200,

auxquels se sont ajoutés *Spigelia* 30, *Berberis* 6, *Nux vomica* 30.

Il va sans dire que cette femme ne se passe pas de digitale ; elle reçoit environ 6 pilules de Lancereaux, c'est-à-dire 30 centigrammes de poudre de digitale par mois, suivant le développement de son ascite et des œdèmes.

En décembre dernier, un incident aigu, une grippe, a déterminé une poussée de congestion pulmonaire au cours de laquelle la malade a émis quelques crachats sanglants.

Bryonia en basse dilution a vite eu raison de cet épisode et, après un repos de quelques jours, la malade a pu reprendre son travail.

J'ai demandé à cette dame de bien vouloir venir se présenter ici. Ceux d'entre vous qui voudront ausculter son cœur se rendront compte que malgré l'ascite qui persiste, cette malade qui, en état complet d'asystolie il y a quinze mois, continue à travailler régulièrement d'un métier dur et fatigant, constitue un des plus beaux exemples de ce que peut faire chez un cardiaque un traitement homœopathique associé à une dose minime de digitale.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

L'observation particulièrement intéressante de Mme Dubost est une démonstration éclatante de ce que vient de nous dire M. Poirier. Elle montre que, même dans ces cas lésionnels graves, l'homœopathie peut être d'un secours puissant.

Le Dr de la Fuye va maintenant nous parler des *Principaux points cutanés chinois et homœopathiques dans les affections cardiaques.*

Dr de la Fuÿe :

LES PRINCIPAUX POINTS CUTANÉS CHINOIS ET HOMŒOPATHIQUES DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES

Depuis quarante-huit siècles, les Chinois ont remarqué que toute lésion organique et tout trouble psychique se manifestent par des points douloureux de la surface cutanée, toujours les mêmes, pour tel ou tel organe déterminé.

Au XIXe siècle, le Dr Weihe, médecin homœopathe, découvre le premier en Europe, les relations existant, d'une part, entre certains points cutanés douloureux et certains symptômes morbides, signature de lésions organiques, et, d'autre part, les médicaments homœopathiques correspondant à ces mêmes symptômes.

Or, les travaux de physiologistes modernes démontrent que les points cutanés douloureux ne sont que l'expression terminale éloignée du trouble de tel ou tel viscère. La conclusion logique est que tout point cutané douloureux doit indiquer par son emplacement, non seulement la lésion organique, mais encore le médicament homœopathique convenable.

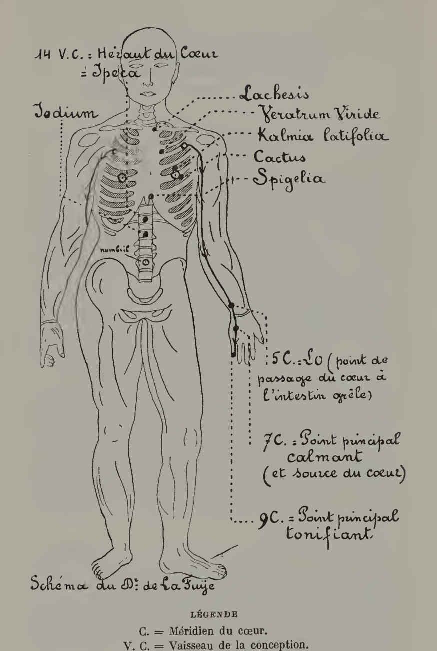
Se plaçant sur un autre plan, d'autres physiologistes ont constaté que toute excitation de ces zones d'hyperesthésie cutanée produit, *par réflexe*, un effet surprenant de guérison sur les organes malades en relation avec ces zones.

L'acupuncture n'a d'autre but que de produire par la piqûre d'une aiguille (acus-punctura) sur tel ou tel point cutané, cette légère excitation suffisante pour déterminer le réflexe bienfaisant sur les troubles organiques en relation avec ces points.

Et puisque chaque point correspond à un médicament, il s'ensuit que l'action de l'acupuncture sur ce point a le même effet bienfaisant que l'absorption du médicament.

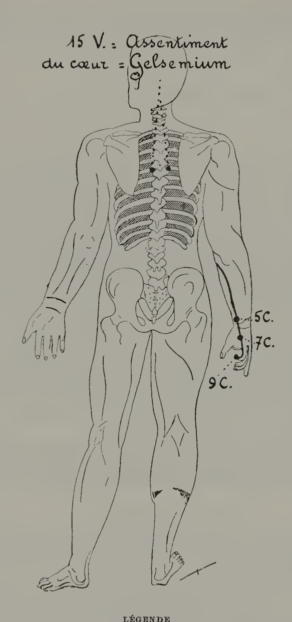
C'est pourquoi j'ai associé en une synergie centrothérapique l'acupuncture aux points spécifiques chinois, l'acupuncture aux points homœopathiques de Weihe et l'absorption des médicaments correspondant à ces points.

J'y ajoute l'action d'une étincelle particulière de haute fréquence sur des aiguilles placées aux points cutanés, dont j'ai parlé. C'est l'acupuncture diathermique homœopathique.



LÉGENDE

C. = Méridien du cœur.
V. C. = Vaisseau de la conception.
V. = Méridien de la vessie.



LÉGENDE

C. = Méridien du cœur.
V. = Méridien de la vessie.

Je rappellerai pour mémoire que les Chinois ont réuni les points cutanés les uns aux autres par des lignes plus ou moins verticales, appelées méridiens, au nombre de douze. Chaque méridien bilatéral correspond à un organe ou à une fonction organique.

Seul le méridien du cœur sera étudié ici.

MÉRIDIEN DU CŒUR

C'est un méridien INN bilatéral correspondant au cœur (organe « trésor »), et dont l'état de faiblesse ou de force est indiqué au poignet *gauche* par le pouls radial *profond* situé au-delà de l'apophyse radiale à la base du pouce. Je rappelle que la force d'un pouls s'évalue par une note allant de un (hypotension minimum) à sept (hypertension maximum). La normale est donc « quatre », note moyenne.

Le méridien du cœur commence à la partie antéro-latérale de la troisième côte, sur la ligne paraxillaire. Il suit la partie interne du bras, l'extrémité interne du pli du coude, s'incurve ensuite vers la face interne du poignet, au niveau le plus saillant de l'apophyse cubitale, passe sur l'éminence hypothénar, suit le bord antéro-externe du pisiforme et, longeant le bord externe du cinquième métacarpien, puis de l'auriculaire, se termine à deux millimètres en arrière du bord unguéal externe de cet auriculaire.

Chacun peut constater ici que ce trajet est exactement celui de l'algie brachiale de l'angine de poitrine, et constitue une confirmation de l'existence des méridiens.

I. — *Points chinois*

Le méridien du cœur comporte neuf points, parmi lesquels il importe seulement d'en connaître six. Les voici par ordre d'importance :

1° LE POINT DE TONIFICATION

C'est un point de première importance, toujours puncturé avec une aiguille *d'or* (Iang) et dont le rôle est de donner du tonus à un cœur malade par défaut (Inn).

Emplacement. — C'est le neuvième point (le dernier) du méridien du cœur ; il est situé à la main, face dorsale, sur le petit doigt, à deux millimètres en arrière de l'angle unguéal externe.

Indications. — Il est spécial pour tonifier les vides du cœur : douleurs au cœur, arythmie, bradycardie, douleurs au cœur par faiblesse, syncopes cardiaques.

2° LE POINT DE DISPERSION

C'est un point de première importance, toujours puncturé avec une aiguille *d'argent* (Inn), et dont le rôle est de calmer un cœur malade par excès (Iang).

Emplacement. — C'est le septième point du méridien du cœur ; il est situé à la main, face antérieure, sur l'éminence hypothénar, sur le bord antérieur et externe du pisiforme.

Indications. — Il agit pour disperser les plénitudes du cœur. Il régularise le rythme cardiaque. Il est spécial pour la tachycardie, l'arythmie, les palpitations nerveuses. Il agit dans l'hypertension et abaisse la tension minima, si le pouls du cœur est dur et ample. C'est, en outre, un point spécial pour calmer l'émotivité. Il est très important contre le trac des artistes.

3° LE POINT DE LA SOURCE DU MÉRIDIEN

Il régularise. C'est un point complémentaire principal, toujours placé sur le même méridien que l'organe, et dont l'action renforce, selon les cas et le métal employé, la tonification ou la dispersion de cet organe. Il augmente l'effet du neuvième point en ce qui concerne le méridien du cœur.

Emplacement et indications. — Il a, exceptionnellement pour ce méridien, le même emplacement et les mêmes indications que le point de dispersion (septième du méridien du cœur).

4° LE POINT DE L'ASSENTIMENT

Il tonifie sans accélérer. C'est un point complémentaire secondaire qui a la particularité, quel que soit le méridien envisagé, d'être toujours situé sur le méridien de la *vessie.* Comme l'indique son nom imagé, il apporte son assentiment ou action secondaire à celle du point principal.

Emplacement. — C'est le quinzième point de la vessie (pour le méridien du cœur), situé entre les apophyses transverses droites et gauches des cinquième et sixième vertèbres dorsales. Il a le même emplacement et les mêmes indications que le point de Weihe *Gelsemium*, c'est-à-dire les palpitations émotives. C'est donc un point « simillimum » remarquable.

5° LE POINT HÉRAUT

C'est un point d'importance secondaire, dont l'emplacement est variable selon les méridiens. Il renforce l'action principale.

Emplacement et indications. — Pour le cœur, il est situé au quatorzième point du vaisseau de la conception, à l'union du premier et du deuxième quart de la ligne qui va de l'appendice xyphoïde au nombril.

Il correspond exactement à l'emplacement et aux symptômes du point de Weihe *Ipeca*, notamment dans les suffocations avec sensation de froid dans la région précordiale, accompagnée d'anxiété, de dyspnée et de nausées persistantes. C'est encore un « simillimum ».

6° LE POINT DE PASSAGE OU LO

C'est un point d'une importance capitale, spécial à chaque méridien et toujours situé sur lui.

C'est ce point qu'il faut puncturer, lorsque, pour un pouls radial déterminé pris en superficie et en profondeur, on constate que l'une des parties de ce pouls est hypertendue (par exemple, le pouls profond du cœur à la note 6), alors que l'autre partie de ce même pouls est hypotendue (par exemple, le pouls superficiel de l'intestin grêle à la note 2). On puncture alors le « LO » de passage du pouls *le plus tendu*, c'est-à-dire, dans l'exemple cité, le cinquième point du méridien du cœur.

Emplacement. — Il est situé au-dessous du bord le plus saillant de l'apophyse cubitale sur le bord interne du pli du poignet. Cette puncture étant faite, l'équilibre se rétablit.

II. — *Points de Weihe*

Outre ces points chinois, il est indispensable de connaître l'emplacement des principaux points de Weihe indiqués dans les troubles fonctionnels cardiaques les plus fréquents.

A) La sensation de constriction du cœur (notamment dans l'angine de poitrine) :

1° Le plus important est *Cactus*, dont la puncture calme immédiatement cette pénible sensation.

Emplacement. — Il est situé sur le bord externe de l'aréole mamelonnaire gauche ;

2° *Iodum.* Pour les palpitations au moindre exercice, avec

anxiété précordiale qui oblige le malade à changer constamment de position.

Emplacement. — Ce point est situé exactement sur le milieu de la ligne médiane qui va de l'appendice xyphoïde au nombril;

3° *Lachesis.* Constriction cardiaque avec bouffées de chaleur suffocantes, sueurs abondantes. Ce point, très fidèle dans son emplacement et dans ses effets, est situé sur l'insertion sternale la plus interne du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche.

B) Dans les cas de bradycardie et d'hypertrophie du cœur, il y a trois points importants :

1° *Kalmia latifolia*, qui est sur le bord supérieur de l'aréole mamelonnaire gauche ;

2° *Gelsemium*, dont le point est un « simillimum » avec l'assentiment du cœur : quinzième de la vessie, situé, comme je l'ai dit plus haut, entre les apophyses transverses des cinquième et sixième vertèbres dorsales ;

3° *Veratrum viride*, lorsque le pouls est plein, mou et lent avec de violents battements de cœur ; il est situé dans le deuxième espace intercostal gauche, près du bord du sternum.

C) Dans les cas de tachycardie :

Le point le plus important est celui de *Spigelia*, qui se trouve dans l'angle formé par l'appendice xyphoïde avec le rebord costal inférieur *gauche.*

Tous ces points homœopathiques puncturés ont autant de valeur et d'effet que les points trouvés par les Chinois.

Conclusion

En somme, tout médecin homœopathe, qui aura contrôlé son diagnostic par un point cutané correspondant, sera puissamment aidé dans sa thérapeutique par l'acupuncture de ces mêmes points.

(*Applaudissements.*)

Le Président :

Nous remercions le Dr de la Fuye de son intéressante communication qui ne saurait nous laisser indifférents. Nous entendons toujours avec plaisir et profit l'enseignement qu'il veut bien nous donner en matière d'acupuncture.

Je passe la parole au Dr Lamasson qui va nous faire une communication sur *Vingt-cinq cas de fièvre de Malte.*

D[r] F. Lamasson et D[r] J.-Ph. Girard :

A PROPOS DE VINGT-CINQ CAS DE FIÈVRE ONDULANTE OBSERVÉS DANS L'YONNE

Il y a une dizaine d'années, on ne parlait de la fièvre de Malte ou des brucelloses que d'une façon assez vague : c'était une maladie ayant

l'aspect d'une typhoïde à rechutes,

d'évolution longue,

à convalescence très lente,

réservée aux seuls riverains du bassin méditerranéen,

et due à un germe : le microcoque de Bruce.

Un microbe ressemblant de très près au *micrococcus Brucei* était connu : le *brucella abortus bovis*, réputé non pathogène pour l'homme.

Bientôt des auteurs publièrent des cas indiscutables de septicémie ou de fièvre ondulante à *brucella abortus bovis* ou bacille de Bang.

La maladie fit tache d'huile autour du bassin méditerranéen et, après la France, la contamination brucellienne s'étendit à l'Italie septentrionale, la Suisse, l'Autriche, l'Allemagne, la Pologne, la Suède, le Danemark, la Hollande, la Grande-Bretagne et l'Amérique du Nord.

De très nombreux travaux ont été publiés tant sur l'allure clinique et les indications thérapeutiques, que sur la bactériologie des brucelloses.

Tous les auteurs montrent bien la multiplicité des formes cliniques des brucelloses, les difficultés diagnostiques. Cependant, les vingt-cinq cas que l'un de nous a observés dans sa clientèle de l'Yonne nous ont permis de trouver, par rapport aux descriptions classiques, de nombreuses différences.

Ces anomalies portent sur :

la symptomatologie,

le diagnostic,

le traitement,

et la bactériologie de l'affection,

d'autres germes que le microcoque de Bruce et le bacille de Bang étant capables de donner des fièvres ondulantes, comme nous le montrerons plus loin.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les travaux publiés jusqu'à ce jour, on peut classer les formes cliniques en

formes typiques

et formes atypiques.

Dans les FORMES TYPIQUES, le *début* est brusque, le malade ressent une douleur dans le rachis, irradiant aux membres inférieurs. Cette douleur, dite coup de barre, traduit le début de la phase septicémique de la maladie car, presque aussitôt, le malade ressent une céphalée intense, son pouls devient rapide, la température monte en quelques heures à 38° 5 ou 40°.

Les jours suivants, la température tend à diminuer légèrement, la céphalée décroît, on constate une intolérance gastrique absolue, les urines sont albumineuses, l'abdomen est douloureux. Les conjonctives légèrement subictériques sont injectées, les gencives saignent facilement, parfois les vomissements contiennent des filaments noirâtres devenant marc de café.

La température remonte bientôt pour redescendre au bout de quelques jours et donner cet aspect de la courbe thermique qui a donné un de ses noms à la fièvre méditerranéenne. Les vagues s'inscrivent régulièrement, mais d'un malade à l'autre, la période d'ondulation est de six jours à deux mois.

A chaque période ascendante de la courbe thermique correspond une recrudescence des symptômes et des sueurs.

Les FORMES ATYPIQUES sont très nombreuses. Il existe :

a) Des *formes frustes* caractérisées par une légère poussée thermique ;

b) Des *formes apyrétiques* de diagnostic très difficile ;

c) Des *formes méningées ;*

d) Des *formes psychiques ;*

e) Des *formes pseudo-tuberculeuses ;*

f) Des *formes pseudo-pneumoniques ;*

g) Des *formes osseuses* avec ostéites ou chondrites pseudo-tuberculeuses ;

h) Des *formes digestives ;*

i) Des *formes cardiaques* (endocardites) ;

j) Des *formes endocriniennes ;*

k) Des *formes rénales ;*

l) Des *formes cutanées*, rares, surtout fréquentes dans les formes prolongées ;

m) Des *formes associées à la tuberculose ;*

n) Des *formes simulant l'ictère catarrhal.*

Pour notre part, outre ces formes classiques, nous avons observé les formes suivantes :

Formes d'après le début

Forme avortante (observation 6). Une fausse couche au troisième mois survenant en pleine santé apparente, a été chez cette malade le début de la maladie ; l'élévation de température ne se fit que le troisième jour après l'avortement.

Forme pseudo-pleurétique (observation 3) où des signes pleurétiques furent constatés deux jours avant la poussée thermique.

Forme phlébitique (observations 14 et 21). Dans ces deux cas, la phlébite gauche a été le premier symptôme de la maladie, la température est montée ensuite progressivement, le pouls est toujours resté parallèle à la température.

Forme myocardique (observation 18), avec chute brutale de la tension artérielle de 16 à 6 en une heure, rappelant l'aspect des phénomènes de myocardite décrits sous le nom de collapsus typhique et réalisant un véritable collapsus mélitococcique.

Forme métritique (observations 12, 21, 23). Dans ces formes, l'infection utérine a été le symptôme prédominant du début.

Forme pseudo-salpingienne (observation 8) où la réaction pelvienne fit conseiller par un chirurgien l'exérèse d'urgence de la trompe et de l'ovaire droit ; nous ne vîmes la malade qu'à la 5e onde thermique, elle avait alors une ostéite de l'aile iliaque et une pyélonéphrite gauche.

Forme nasale (observations 15 et 16) où des phénomènes de sinusite ont marqué le début de l'affection.

Forme pseudo-entéritique (observation 24). Chez cette malade, une diarrhée abondante jaunâtre, avec débris de muqueuse parfois sanguinolente, absolument apyrétique, durait depuis dix mois.

Forme pseudo-rubéolique (observation 7). Dans cette forme. le début se fit par une éruption caractérisée par :

a) Un énanthème tapissant la gorge, la langue, le palais, les gencives, la face interne des joues.

La muqueuse, rouge vermillon, est épaissie, comme soufflée et piquetée de points rosés surélevés et extrêmement douloureux spontanément et au toucher ;

b) Une éruption généralisée faite de placards rouges, érythémateux, non surélevés, à bords réguliers ronds ou ovalaires, séparés par des intervalles de peau saine.

Les ganglions cervicaux, axillaires, épitrochléens, inguinaux sont hypertrophiés, mous, douloureux, avec réaction de périadénite nette.

La température n'a jamais dépassé 38° 5 dans ce cas.

L'allure évolutive et l'aspect de la courbe thermique permettent de classer les cas que nous avons observés en quatre formes.

Forme I. — Dans ces cas (observations 15 et 25), il n'y a eu qu'une seule onde thermique, l'intradermo-réaction à la mélitine s'est montrée toujours positive, il n'y a point de rechute ni de récidive de la maladie.

Forme II (observations 1, 2, 6, 13, 18, 19, 22). — Dans ces cas, la courbe thermique atteint 40°, la poussée thermique dure de 12 à 16 jours, elle se répète quatre ou cinq fois et se termine par la guérison. Dans un seul cas (observation 13), nous avons observé une rechute après cinq mois de rémission complète de la température et des signes généraux et fonctionnels de la maladie.

Dans cette forme, l'intradermo-réaction à la mélitine est toujours positive.

Forme III (observations 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21). — Dans cette forme, la courbe thermique ne dépasse jamais 38° 5, la poussée thermique dure 10 à 12 jours, la maladie dure des mois, sinon des années, et son évolution est entrecoupée de rémissions passagères, spontanées ou thérapeutiques.

L'intradermo-réaction à la mélitine est, dans les trois quarts des cas légèrement positive ; nous indiquerons plus loin l'explication que l'on peut en donner.

Forme IV (observations 23 et 24). — Cette forme apyrétique est d'une longueur désespérante, elle fait du malade un gra-

bataire ou un déprimé. Elle est capable d'avoir des rémissions spontanées de plusieurs mois.

L'intradermo-réaction à la mélitine est négative.

MORTALITÉ

La mortalité a été de 2 cas sur 25.

Le premier des cas mortels est dû à une méningite tuberculeuse, l'infection brucellienne ayant réveillé une contamination tuberculeuse ancienne chez une enfant de 13 ans.

Le second est dû, semble-t-il, à l'âge du malade, 81 ans.

La mortalité fœtale a été de 50 %. Dans un cas (observation 6), la maladie a provoqué l'avortement au troisième mois. Dans le second cas (observation 11), la maladie ayant été diagnostiquée au deuxième mois de la grossesse, l'accouchement s'est produit au terme de neuf mois d'une fille normale, sans éruption, sans splénomégalie.

ÉTIOLOGIE

Les fièvres ondulantes que nous avons observées ont évolué chez des malades âgés de 7 à 81 ans, l'âge moyen (25 à 40 ans) étant de loin le plus atteint.

Sur les 25 cas, la maladie a atteint :

3 hommes,
22 femmes.

Des trois hommes, deux n'avaient point eu de vaccination antityphoparatyphique.

Nous sommes persuadés qu'il existe une immunité croisée du vaccin T. A. B: vis-à-vis des infections brucelliennes, les femmes, qui ne reçoivent point cette vaccination, étant beaucoup plus fréquemment atteintes.

D'après les auteurs classiques :

l'alimentation,
la profession

jouent un rôle. La maladie ne s'observe que dans le personnel des fermes, les équarrisseurs, les bouchers ou encore chez les personnes qui consomment des fromages de chèvre.

Or, dans l'Yonne, où le cheptel caprin est pratiquement inexistant, on ne consomme point de fromage de chèvre.

Si parmi nos 25 malades, 10 étaient employés de ferme ou bouchers (un seul cas), voici la profession des 15 autres :

4 restaurateurs (1 homme, 3 femmes),
2 épicières,
4 ménagères,
2 retraités,
1 institutrice,
1 couturière,
1 écolière.

Pour ces malades, il est impossible d'admettre un contage direct.

De notre enquête il résulte que :

— Tous font bouillir le lait,

— Cinq consommaient du fromage caillé non bouilli,

— Tous consommaient du beurre provenant de laiteries coopératives réunissant le lait de dix ou vingt villages,

— Tous consommaient des fromages fermentés ou cuits.

Les recherches de Maze et Cesari ont montré que la fermentation lactique détruit les brucella. On est conduit à penser, dès lors, que seul le beurre peut être incriminé, et cependant, cinq de ces quinze malades ne consommaient point de beurre autrement que cuit.

Nous devons donc admettre qu'il y a *d'autres causes de contamination.*

Une hypothèse a été émise en 1937 par M. J. Jullien. D'après cet auteur, certains organismes, les amélides, seraient capables de ramener les germes à la surface du sol, les végétaux à latex pouvant à leur tour contaminer ceux qui les consomment.

Pour notre part, nous croyons plus simplement que l'*eau* doit être suspectée, le genre brucella ayant une résistance suffisante pour subir, dans l'eau, un séjour prolongé.

DIAGNOSTIC

De la multiplicité des formes cliniques, on déduit toute la difficulté du diagnostic de la maladie.

Même dans les régions d'endémie, le diagnostic facile dans les formes I et II, est très difficile dans les formes III et IV.

Schématiquement, on doit éliminer les infections typhiques, mais nous verrons plus loin qu'il n'y a point une cloison étanche entre les infections du groupe typhique et le genre brucella.

Le rhumatisme articulaire aigu par les sueurs, les arthralgies,

peut prêter à confusion, d'autant que nous avons vu l'existence de formes endocarditiques.

La tuberculose peut poser des problèmes parfois extrêmement difficiles, d'autant plus que les deux maladies peuvent coexister.

Dans bien des cas, le diagnostic ne peut être établi que par les examens de laboratoire :

— Intradermo-réaction à la mélitine de l'Institut Pasteur.

— Hémoculture, rarement positive.

— Séro-diagnostic.

Nous reviendrons sur ces différents examens dans un chapitre ultérieur.

Avant tout on pensera à la fièvre ondulante en présence de tout état ayant des symptômes fugaces, rapides, durant deux à trois jours et portant sur des appareils très divers.

Au cours de leur évolution, comme au début de la maladie, on peut observer :

des signes méningés,
des hépatisations pulmonaires,
des réactions pleurales,
des éruptions,
des troubles digestifs,
de la pyélonéphrite,
une crise de rétention d'urine sans pyurie,
une crise de colique néphrétique,
une crise de colique hépatique sans émission de calcul.

La maladie est une septicémie et déclanche, çà et là, sur n'importe quel organe, des phénomènes congestifs.

La splénomégalie n'est pas un signe très important ; nous ne l'avons constatée, d'une façon nette, que 14 fois sur 25.

TRAITEMENT

Du point de vue homœopathique, il n'y a pas un médicament de la fièvre ondulante, mais toute une série comme dans la fièvre typhoïde.

A la période de début ou d'état, suivant l'importance de la fièvre, l'âge du malade, la brutalité des symptômes, on peut trouver l'indication de :

Aconit,
Agaricus,
Arsenicum album,

Baptisia,
Belladonna,
Chininum arsenicum,
Pulsatilla, etc.

De même qu'en présence d'une phlébite, d'un foyer pulmonaire, d'une pleurite, d'une stomatite, nous trouverons l'indication de *Hamamelis*, *Pulsatilla*, *Antimonium tartaricum*, *Apis*, ou d'un sel de *Mercure*.

Les remèdes atténuent les symptômes, rendent la marche de la maladie plus régulière, mais la température décrit toujours ses ondes.

Je ne crois point qu'un isothérapique sanguin ou urinaire puisse avoir suffisamment d'action pour guérir la maladie.

A notre avis, il sera nécessaire de préparer un nosode avec les souches que nous allons définir plus loin.

Les traitements allopathiques de la fièvre ondulante consistent en :

Thérapeutique anti-infectieuse non spécifique.

Thérapeutique anti-infectieuse spécifique.

Thérapeutique anti-infectieuse non spécifique. — Quel que soit l'agent employé :

pyoformine,
nucléinate de soude,
métaux colloïdaux,
protéinothérapie,
sels d'or,
sels d'arsenic trivalents,
jaune d'acridine,
sels de bismuth,
salicylate de soude,

les résultats sont *négatifs*.

Il n'est pas jusqu'aux sulfamides, suprême espoir de la chimiothérapie contemporaine, qui n'aient des échecs retentissants.

Nous savons bien que des cas de guérison ont été publiés, notamment dans le *Paris médical*. Le malade est sorti de l'hôpital après trois jours d'apyrexie : c'est peu, pour parler de guérison dans la fièvre de Malte.

Aux États-Unis, il vient d'être publié des cas de rechutes brucelliennes après traitement par les sulfamides.

Ces corps n'ont eu *aucun effet* chez les malades auxquels nous les avons administrés.

Il est d'ailleurs admis, à l'heure actuelle, que les sulfamides n'ont aucune action sur les septicémies.

L'autohémothérapie a donné quelques résultats.

Parmi les *anti-infectieux spécifiques*, on a utilisé les injections de lait de chèvre infectée, stérilisé et l'endoprotéinothérapie, selon la méthode de Reilly, avec 5 à 10 % de résultats.

Les intadermo-réactions à la mélitine pure non chauffée ont donné quelques résultats.

La vaccination anti-mélitococcique, constituée par une émulsion de bacilles tués par la chaleur ou l'iode, donne des résultats intéressants, mais, dans la moitié des cas, elle n'a absolument d'autre action que de faire maigrir le malade.

Cela tient en réalité à la diversité des souches microbiennes capables de déclancher une fièvre ondulante.

BACTÉRIOLOGIE

Le genre *Brucella* est constitué par des cocci légèrement allongés de 0 µ 4 à 0 µ 8, non sporulés, Gram négatif.

Ils poussent sur les milieux habituels, la culture est lente et ressemble à la culture du staphylocoque blanc. Sur les cultures anciennes, les formes microbiennes paraissent s'allonger.

Ils sont détruits en une demi-heure par chauffage à 60°, en cinq minutes à 70°.

Dans les milieux de culture, ces germes libèrent un produit, la *mélitine*, qui n'a aucun des caractères des toxines.

Certains caractères différentiels permettent de distinguer les unes des autres les diverses variétés.

La culture de *brucella melitensis* n'est inhibée ni par la *fuchsine* au 1/25.000e, ni par la thionine au 1/30.000e ; celle de *brucella abortus bovis* l'est par la thionine, non par la *fuchsine ;* celle de *brucella abortus suis* par la *fuchsine*, non par la thionine.

Ce dernier germe a été surtout décrit comme pathogène pour l'homme aux États-Unis.

Ces germes sont agglutinés par le sérum des malades.

Il a été signalé des agglutinations croisées avec la tuberculose, le groupe typhique ; pour notre part, ayant pratiqué systématiquement des séro-diagnostics et des intradermo-réactions à la mélitine chez dix tuberculeux, ces réactions ont été invariablement négatives.

Pour chacun de nos vingt-cinq malades, les séro-diagnostics ont été faits en mettant les sérums en présence de :

Bacille d'Eberth,
Paratyphique A,
Paratyphique B,
Coli-bacille,
Micrococcus melitensis,
Brucella abortus bovis (souche de l'Institut Pasteur),
Abortus 600 (autre souche d'*abortus bovis*),
Abortus suis

et, ultérieurement, après isolement des souches de fièvre ondulante que nous avons prélevées dans l'Yonne, en présence de :

Para B souche 19,
Abortus bovis souche Blannay, isolée dans l'urine d'une vache atteinte d'avortement épizootique. Ceci est en contradiction avec la théorie classique qui prétend que l'urine ne contient jamais l'*abortus bovis.*

Voici les résultats de ces séro-diagnostics sur 25 cas :

— 8 cas positifs au *microccus melitensis*, la positivité étant comprise entre 1/100 et 1/500.

— 4 cas positifs au bacille de Bang ou *brucella abortus bovis*, à des positivités variant du 1/30 au 1/100.

— 7 cas positifs au *paratyphique B*, à des taux compris entre le 1/50 et le 1/200.

— 1 cas positif au *coli-bacille* au 1/100.

— 4 cas positifs à la fois pour le *paratyphique B* de l'Institut Pasteur, le *para B* souche 19, les quatre souches d'*abortus bovis* et *suis*, à des taux allant du 1/30 au 1/50.

D'une manière générale, les cas où l'agglutination est la plus forte sont les cas où la fièvre a été la plus élevée.

Nous avons dit, plus haut, qu'il y avait essentiellement quatre formes évolutives, elles ne s'identifient aucunement aux cinq variétés sérologiques :

à *mélitocoque*,
à *bacille de Bang*,
à *paratyphique B*,
à *coli-bacille*,
à *paratyphique B* et *abortus.*

Les fièvres ondulantes à *paratyphique B* ont été observées et décrites pour la première fois en France par nous. Elles avaient été entrevues en 1932 en Allemagne, par Hirsch.

Nous avons pu isoler le *paratyphique B* ondulant par hémoculture sur la malade de l'observation 19. Cette souche dite *para B* souche 19, a toutes les réactions du *paratyphique B* classique vis-à-vis des sucres. Nous n'avons encore point eu le temps matériel de vérifier son comportement vis-à-vis des milieux à base de couleurs d'aniline : thionine, fuchsine.

En même temps que le *paratyphique B* ondulant ou les *brucella*, on trouve presque toujours dans l'urine des malades :

1° Des *coli-bacilles*,

2° Des *entérocoques.*

Ces microbes sont, à notre avis, des germes de sortie.

L'existence des cas de coagglutination des sérums vis-à-vis des *paratyphiques* et *brucella* semble prouver qu'il n'y a point de cloison étanche entre ces deux groupes microbiens. C'est d'ailleurs la conclusion de Burnet au Congrès d'Hygiène de 1932. L'espèce *Brucella* est une espèce en mouvement, adaptable, réadaptable, plastique, sous l'influence de produits chimiques *in vitro.*

Aux souches anciennement connues s'ajoutent donc des souches nouvelles qu'il importe d'identifier et de sélectionner de façon à pouvoir préparer des vaccins ou des nosodes avec chacune des variétés nettement différenciées.

Il apparaît donc, là encore, que la science officielle s'engage sur une fausse route lorsqu'elle se borne à enregistrer des observations et à faire des statistiques. C'est des souches microbiennes et non des paperasses qu'il faut accumuler, de manière à pouvoir préparer des armes thérapeutiques plus efficaces que celles que nous possédons à l'heure actuelle.

BIBLIOGRAPHIE

Albiston. — The occurrence of brucella abortus (Bang) in market milk and its relation to disease in man (*The Medical Journal of Australia*, june 29, 1929, n° 26, p. 863).

Alessandrini (A.) et Sabatucci (M.). — A propositio della reazione di agglutinazione aspecifica alla tripaflavina (*Ann. d'ig.* 41 : 852-855, déc. 1931).

Amoss (H.-L.) et Poston (M.-A.). — Cultivation of brucella from stools and bi e further observations (*J. A. M. A.* 95 : 482-483, 16 août 1930).

Amphoux. — Un cas de brucellose (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 11, nov. 1938, p. 511).

Anaya (E.) et Iassi (E.-J.). — Brucelosis ; consideraciones clinicas y terapeuticas (*Arch. Urug. de Med. cir y especialid* 12 : 412-432, abril 1938).

Angioni (G.). — Sul presunto potere agglutinante del siero di sangue dei tuberculotici verso il m. di Bruce (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 11 : 254-258, avril 1932).

Antoni (V. de). — Transformation par les agents chimiques des bactéries de l'espèce Brucelle melitensis (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese*, VIII, déc. 1929, p. 787).

Antoni (V. de). — Variations of Brucella melitensis in case of ondulant fever (*Policlinico* (*sez. prat.*) 41 : 131-135, jan. 19, 1934).

Auerbach. — Symptomatologie de la maladie de Bang (*Medizinische Klinik*, XXVIII, nº 47, 18 nov. 1932).

Ballet, Aveline, Talmont, Cantuern, Le Pellerin, Evrard, Candé, Rouet et Nieul le Dolent. — Augmentation de la fréquence des brucelloses (fièvre ondulante) dans la région ouest (Société méd.-chir. des hôp. de Nantes, in *Gaz. méd. de Nantes*, nº 11, nov. 1938, p. 504).

Bang. — Septicemia due to bacter. abortus (*Zeits. f. klin. Med.*, 1928, p. 445).

Bastai. — Bang bacillus infection in man (*Munch. med. Woch.*, 16 déc. 1927, p. 2141).

Béchade (A.). — La brucellose et ses dangers pour l'homme (*Guérir*, 1er août 1935).

Belyea. — Brucella abortus infection in woman (*J. Am. M. Ass.*, 7 mai 1927, p. 1482).

Berkessy. — Diagnostic des infections latentes des bacilles de Bang (*Orvosi Hetil.*, 30 mars 1935).

Berkhout. — Un cas de fièvre ondulante (*Nederl tijds. voor. Geneeskunde*, nº 37, 16 sept. 1933).

Bernard (A.). — La fièvre ondulante dans la maladie de Hogdkin (*Bruxelles méd.*, nº 9, 1er janv. 1939, p. 289).

Bert (A.). — L'infection expérimentale des rats blancs par le bacille de Bang (Société de Biologie de Varsovie, séance du 25 mars 1936, in *C. R. Heb. de la Société de Biol. et de ses filiales*, t. CXXII, nº 22, 1936, p. 845).

Binder et Faust. — Sur l'infection latente de la maladie de Bang (*Orvosi Hetil.*, 16 janv. 1937, p. 57).

Binder et Faust. — Problème de la latence de l'infection de Bang (*Klinische Wochenschrift*, 3 avril 1937, p. 496).

Birch (R.-R.) et Gilman (H.-L.). — Pathogenicity for cattle of Brucella strains isolated from cases of undulant fever in man (*J. Infect. Dis.* 56 : 78-83, jan.-feb. 1935).

Black (R.-A.). — Brucella melitensis meningitis in infant (*Arch. pediat.* 54 : 702-713, déc. 1937).

BOAK (R.-A.) et CARPENTER (C.-M.). — Brucella abortus agglutinins in porcine blood (*J. Infect. Dis.* 46 : 425-429, mai 1930).

BONCINELLI (U.). — Modificazioni osservate in stipiti di Br. Melitensis ripetutamente coltivati in brodo (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 6 : 377-386, oct. 1927).

BOUQUET (H.). — Melitensis et abortus (*Le Monde médical*, nº 901, 1er juil. 1937).

BOURGUIGNON (G.-C.). — Le premier cas de fièvre ondulante diagnostiqué bactériologiquement au Congo belge et ses affinités sérologiques avec le B. abortus (*Ann. Soc. belge de Méd. trop.* 13 : 249-258, oct. 30, 1933).

BRÉGUET. — A propos du mélitensis (Société de Méd. d'Alger, séance du 20 janvier 1933, in *L'Algérie médicale*, nº 64, avril 1933).

BRUNET. — En marge de deux cas de fièvre ondulante (*Le Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, nº 2, 1935).

BRUCKNER. — L'infection de l'homme par le bacille de Bang (*Polska Gazeta Lekarska*, nº 21, 21 mai 1933).

BRUSCHETTINI (G.). — Différenciation bactériologique des Brucella (*Revue de microbiologie appliquée à l'agriculture, l'hygiène et l'industrie*, mai et juin 1935).

BUCHLI. — Preventive treatment with living B. abortus Bang (*Tijdsch. v. diergeneesk*, 1er oct. 1927, p. 897).

BURNET. — Différenciation du paramelitensis par la floculation sous l'action de la chaleur (*Acad. des Sc.*, 1925, t. CLXXX, p. 2085).

BURNET. — Sur la résistance au micrococcus melitensis de chevreaux nés de chèvres infectées et nourris de lait infecté (*Arch. Inst. Pasteur de Tunis*, 1926, t. XV, nº 2).

BYNUM. — Récidives de la fièvre ondulante (brucellose) après administration de sulfanilamide (*J. Am. Med. Ass.*, 1939, mars 4, nº 9, p. 835).

CAMBESSÉDÈS (H.). — Formes cliniques de la fièvre ondulante (*Ann. de thérapie biol.*, 15 juin-15 juillet 1934, numéro spécial).

CAMERON (W.-R.) et WELLS (M.). — Undulant fever control in Washington County Maryland (with special reference to use of Huddleson test in examination of milk) (*South M. J.* 27 : 907-912, nov. 1934).

CANTANI (F.). — Sulla di erenziazione del micrococco melitense e del bacillo di Bang (*Gior. di clin. Med.* 10 : 827, 20 sept. 1929).

CARPENTIER et BAKER. — Une étude de Brucella abortus dans le lait (*Cornell Vet*, avril 1927).

CARPENTIER et BOOK. — Brucella abortus in milk and davy products (*Am. J. Pub. Health*, juin 1928, p. 743).

CARPENTIER et PARSHALL. — Study of milks from caws shoving no agglutining for Br. abortus (*Cornell Vet*, avril 1927, p. 234).

CARABELLÈSE. — Human Brucello abortus infection (*Clin. ed. ig. infant*, 15 juillet 1927, p. 243).

CERRUTI (C.). — Ricerche comparative tra B. di Bruce e B. di Bang mediante l'isolamento delle agglutinine (*Boll. d. Soc. Ital. di Biol. sper.* 2 : 221-223, mars 1927).

CERRUTI (C.-F.). — Ancora sulla questione della differenziazione del « B. abortus » dal « B. melitense » mediante un saggio di agglutinazione aspecifica (*Pathologica* 19 : 216-218, mai 1927).

CERRUTI (C.-F.). — Relationship of M. Melitensis and B. Abortus (*J. Trop.* 30 : 230-231, 15 sept. 1927).

CERRUTI (C.-F.). — Ricerche comparative tra « M. Melitensis » e « B. Abortus » per mezzo delle rispettive agglutinine isolate (Considerazioni critiche) (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 6 : 425-440, déc. 1927).

CERRUTI (C.-F.). — Osservazioni e ricerche sulla differenziazione degli stipiti appartenenti al gruppo « Brucella » (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 11 : 400-421, juin 1932).

CERRUTI (C.-G.) et SOLLAI (G.). — Etude bactériologique de cinq souches de Br. melitensis de provenance ovine et caprine isolées en Sardaigne. Classification de deux de ces souches dans le groupe paramelitensis (Société internaz. di microbiol., *Boll. d. sez. ital.* 3 : 69-72, mars 1931).

CHARLES (J.-A.) and WARREN (S.-H.). — A further case of brucella abortus infection in man (*The Lancet*, february 23, 1929, p. 386).

CHINN (B.-D.). — In vitro and in vivo effects of sulfanilamide on Brucella abortus and Brucella suis (*Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.* 38 : 732-734, june 1938).

CIAMPI (N.). — Sopra un caso di infezione umana da Brucella abortus (*Ann. d'ig.* 44 : 551-553, june 1934).

CINIECHIO (D.). — La stato attuale delle conoscenze su la brucellosi degli animali domestici ed i suoi rapporti con la febbre ondulante dell'uomo (*Profilassi* 4 : 113-123, juillet-août 1931).

CLÉMENTE. — Malto fever in fourth month of pregnancy in complicated by abortion (*Morgagni*, 10 octobre 1926, p. 1281).

CORDOLIANI. — A propos de la fièvre ondulante (*Provence méd.*, 15 déc. 1934, n° 39).

COLEMAN (M.-B.), OWEN (H.-H.) et DACEY (H.-G.). — Fermentation of monosaccharids by organisms of abortus melitensis group (*J. Lab. et Clin. méd.* 15 : 641-642, avril 1930).

COLOMBE (J.), DUBOIS (P.) et GOURCON (L.). — A propos d'un nouveau cas régional de fièvre ondulante (*L'Année méd. de Caen et de Basse-Normandie*, n° 9, sept. 1937).

COUFFON (H.). — Une observation de mélitococcie (brucellose ou fièvre ondulante), la première relatée en Mayenne (Société de Méd. d'Angers, séance du 7 juillet 1937 in *Arch. méd. d'Angers*, n° 11, nov. 1937).

CROUZEL (Th.). — Mélitococcie et brucellose (*Le Courrier méd.*, n° 5, 31 janv. 1937, p. 69).

Darin et Wemberger. — Experimental infection by brucello of Bruce and Bang (*Pathologico*, 15 juil. 1928, p. 347).

Darlymphe-Champneys. — Fièvre ondulante (*The Lancet*, vol. CCXXXV, nº 5997, 6 août 1938, p. 326).

Daversin (H.). — Sur quelques cas de fièvre ondulante observés dans la région parisienne (Thèse de Paris, 1938).

Davesnes (M.). — A propos de l'infection de l'homme par le bacille de Bang (*Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, 5-20 déc. 1930).

Delez. — Br. abortus dans la synovie articulaire (*J. of am. vet. med. assoc.*, sept. 34, in *Rec. méd. vét.*, janvier 1935).

Demelenne-Jaminon (G.). — La fièvre ondulante en Belgique (*Liège méd.*, nº 13, 27 mars 1938).

Denès (R.). — Sulla varieta cromogena della Brucella melitense (*Boll. d'Int. Milanese* 17 : 287-290, mai 1938).

Desage et Pellerin. — Micrococcus melitensis (*Prog. de la Clin.*, oct. 1926, p. 452).

Dève (F.) et Magniaux (M.). — Brucellose humaine à forme d'ictère infectieux à rechute (Société de Méd. de Rouen, séance du 4 juillet 1938 in *La Normandie méd.*, nº 7, juillet-août 1938, p. 196).

Di Guglichuo. — Les brucelloses (*Minerva medica*, nº 45, 10 nov. 1934).

Dimitriu (C.-C.), Comsa (G.) et Bruckner (I.). — Un cas de melitococcie (*Bull. et Mém. de la Société méd. des hôp. de Bucarest*, nº 9-10, pp. 274-277, nov.-déc. 1938).

Dordain (M.). — Un cas de fièvre de Malte (*Normandie méd.*, nº 6, juin 1934).

Doria. — Human infection with Bang's bacillus (*Policlinico*, 3 déc. 1928, p. 2385).

Dubois. — La brucellose (*Recueil de méd. vétérinaire*, nov. 1935).

Dubois. — La brucellose (*Journal vétér. d'Alfort*, 1935, in *Rec. de méd. vétérinaire*, t. CXI, nov. 1935, p. 793 ; *Rev. de microbiol. appl. à l'agriculture, à l'hygiène et à l'industrie*, juillet-août 1936).

Dubois (C.). — Innocuité chez la brebis, la chèvre et la vache, du vaccin préparé avec des germes vivants avirulents de Brucella abortus suis en émulsion dans un excipient irrésorbable (Séance du 20 janvier 1938 in *Bull. de l'Acad. vétérinaire de France*, janv. 1938, p. 42).

Dubois (Ch.). — Où en sommes-nous actuellement du problème des brucelloses? (Société de Méd. de Rouen, séance du 7 novembre 1938, in *La Normandie méd.*, nº 10, nov. 1938, pp. 295-320).

Duliscouet et Soubigou. — Etude clinique et biologique des premiers cas de fièvre ondulante dans le département de la Manche (*Arch. de Méd. et de Pharm. nav.*, t. CXXVII, nº 4, oct.-nov.-déc. 1937, p. 724).

Dunéan. — Identification of Brucella abortus (*Tr. Roy. Soc. Trop. méd. et hyg.*, nov. 1928, p. 269).

Durand (P.). — Pourquoi il faut penser aux brucelloses (*La Presse méd.*, n° 54, 7 juil. 1937).

Duthoit (A.) et Théry (P.). — Un cas de fièvre ondulante (Réun. méd. chir. des hôp. de Lille, séance du 19 décembre 1932 in *Le Nord méd.*, n° 794, 15 mars 1933).

Ecker et Simon. — Acid agglutination optimum in Brucella group (*J. Infect. des.*, janv. 1929, p. 62).

Eher. — Infections abortum preventive inoculation with virulent vaccins (*Deut. Tierärztl. Wech.*, 29 oct. 1927, p. 707).

Ehrstrom. — Human infection with Brucella abortus (*Finska lek. Sallsk. Handl.*, avril 1928, p. 227).

Eliasson. — Infection humaine atypique par le B. de Bang (*Deutsche med. Woch. Leipzig*, t. LVI, n° 30, 25 juil. 1930, p. 1258).

Emilton. — Infection in man caused by B. abortus (*Svenska lak. tidn.*, 20 avril 1928, p. 497).

Emmel (M.). — Susceptibilité du dindon, du pigeon, du faisan, de l'oie et du canard aux Brucella (*Journ. of the Amer. Veter. Med. Ass.*, LXXVII, 1930, p. 185).

Eschbach (M.-H.). — Fièvre ondulante à bacilles de Bang (Comm. faite au cours de la séance du 20 mai in *Bull. et Mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, séance du 27 mai 1938, n° 19, 6 juin 1938, p. 945).

Ettore Biocca. — L'infection brucellaire dans les marches, premiers foyers épidémiques (*Ann. ig.*, XLVIII, 4 avril 1938, 234-238 in *Office intern. d'Hygiène publique*, oct. 1938).

Evans. — Human infection with B. abortus (*J. Am. Med. Ass.*, 26 fév. 1927, p. 630).

Fargnoli (D.). — Setticemia melitense e aborto epizootico (*Terapia* 22 : 108-111, avril 1932).

Fasquelle (R.) Saint-Yves Ménard. — Les brucelloses, maladies à la mode, ou péril national (*Concours méd.*, n° 8, 24 fév. 1935).

Favilli. — Ricerche e considerazione critiche sullo febbre mediterranea e sull'aborto epizootico (*La Sperimentale*, 1926, n° 1).

Favilli. — Pathogenecity of Bang's bacillus for man (*Boll. Ist. d. Sierotherap. Milan*, mars 1928, p. 161).

Favilli (G.). — Ancora sulla patogenicita del Bacillo di Bang per l'uomo (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 9 : 29-31, janv. 1930).

Favilli (G.). — Contrib. allo studio dei caratteri di erenziali fra Br. melitensis e Br. abortus (*Sperimentale Arch. di Biol.* 84 : 287-299, 1930).

Favilli (G.). — Le métabolisme du soufre chez les bactéries appartenant à l'espèce Brucella melitensis (Soc. internaz. di Microbiol., *Boll. d. sez. ital.* 2 : 323-326, juin 1930).

Favilli (G.) et Biancalani (G.). — Ricerche sulle sostanze idrocarbonate (antigeni residuali) dei batteri del gruppo Brucella (*Sperimentale Arch. di Biol.* 86 : 357-375, 1932).

Favilli (G.) et Boncinelli (U.). — Di erente vitalita nelle agar-culture dei batteri della specie « Brucella melitensis » (*Sperimentale Arch. di Biol.* 82 : 371-380, 1928).

Ficai et Alessandrini. — La setticemia da bacillus abortus nell'uomo (*Ann. Hyg. Rome*, 1925, fasc. I).

Finzi (G.). — Aborto epizootico e febbre melitente (*Profilas si* 4 : 190-195, nov.-déc. 1931).

Fleischaner (G.). — Beitrag zur zuchtung der abortus Bang Bazillen aus dem Tierköper mittels verschiedner Methoden (*Deutsch tierärztl. Wchnschr.* 35 : 676-678, 15 oct. 1927).

Forbes. — Un cas de fièvre abortive dans le Yorkshire (*The British Med. Journ.*, n° 3726, 4 juin 1932, p. 1028).

Fourestier (M.). — La fièvre de Malte et les brucelloses (*Hyg. et Méd.*, nov. 1936).

Fournial et Floch. — A propos d'un cas de fièvre ondulante à « Brucella abortus » observé dans le Tarn (Société d. Méd. et d'Hyg. coloniales de Marseille, séance du 7 octobre 1937 in *Marseille méd.*, nos 31-32, 15 nov. 1937).

Franquet (M.). — Phénomènes tardifs d'une fièvre de Malte (Société Méd. de Reims, séance du 17 février 1937 in *Union méd. du Nord-Est*, n° 6, juin 1937, p. 89).

Frendzel (J.) et Szymanowski (Z.). — Sur la variabilité du bacille de Bang (*Comptes rendus Soc. de Biol.* 102 : 111-112, 18 oct. 1929).

Frendzel (J.) et Szymanowski (Z.). — Zur Differenzierung der S. und R. Städer S. und R. Stämme des B. Bang (*Zentralbl. f. Bakt.* (*Abt I*) 119 : 455-459, 3 fév. 1931).

Frisch. — Die Lenchtgasmethode zur Züchtung des Bacterium abortus infect Bang. (*Deutsche tierärztl. Wchnschr.* 37 : 309, 18 mai 1929).

Gautier. — De quelques formes cliniques de la fièvre de Malte (*Gaz. méd. de France et des pays de lang. franç.*, 1er sept. 1935).

Gillot (V.), Frabiani (G.) et Dendale (R.). — Fièvre de Malte et allergie (*Bull. Soc. Path. exot.* 29 : 478-480, 1936).

Gilman (H.-L.). — Elimination of bact. abortus in milk of cows (*Cornell Vet.* 20 : 106-122, avril 1930).

Giordano (Alfred-S.) et Ableson (Marjorie). — Brucella abortus infection in man (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, n° 3, january 1929, p. 198).

Good (E.-S.), Dcmock (W.-W.) et Harms (A.-H.). — Comparative agglutinating properties of different strains of Bact abortus (Bang) (*J. Am. V. et M. A.* 73 : 223-231, juin 1928).

Graham (R.) et Thorp (F.). — Brucella agglutinins in blood and milk of cows (*J. Infect. Dis.* 46 : 260-262, mars 1930).

Greenfield (M.). — Laboratory report on 3 cases of ondulant fever in New Mexico (*Southwestern Med.* 19 : 53-55, fév. 1935).

Grehaut et Béchade. — Premiers cas de brucellose humaine en Haute-Marne (XXIIIe Congrès d'Hyg., 19 octobre 1936 in *La Presse méd.*, nº 98, 5 déc. 1936).

Grenoilleau (G.). — Un cas de fièvre ondulante à B. abortus d'origine bovine (1er Congrès internat. d'Hygiène méditerran., Marseille, 20-25 septembre in *Marseille méd.*, nº 30, 25 oct. 1932).

Gwatkin (R.). — Brucella abortus agglutinins in blood of sows slanghtered in Toronto (*Cornell Vet.* 21 : 77-80, janv. 1931).

Gwatkin (R.). — Antigenic qualitics of dissociated strain of Brucella abortus (*Canad. Pub. Health. J.* 23 : 485-492, oct. 1932).

Hagemeister. — Infection de Bang chez l'homme (*Med. Klin.*, Berlin, Prague et Vienne, t. XXVI, nº 28, 11 jiil. 1930, p. 1039).

Hampt (H.). — Kurze Mitteilung uber einen zur züchtung des Bact abortus Bang geeignsten Nährboden (*Zentralbl. f. Bakt.* (*Abt I*) 120 : 130, 23 fév. 1931).

Hardenbergh (J.-G.). — Agglutination tests for diagnosis of B. abortus infection (*New England J. Méd.* 202 : 465-467, 6 mars 1930).

Harrison et Wilson. — Brucella abortus (*Lancet*, 29 déc. 1928, p. 1338).

Hayat. — Convalescence et suite de la mélitococcie (*La Presse méd., therm. et climat.*, nº 3358, 15 janv. 1938).

Hirsch. — Sur l'infection paratyphique dans la maladie de Bang (*Deutsche med. Woch.*, nº 31, 30 juil. 1932, p. 1307).

Hœt (J.). — A propos de la maladie de Bang (Société belge de gastro-entérol., séance du 29 janvier 1938, in *Journ. de gastro-entérologie*, janv. 1938, nº 1, p. 23).

Horstmann (F.-H.), Pels (F.) et Lensden. — Epidemiologisches und Klinisches über Bang Erkrankungen (*Deutsch. Med. Wchnschr.* 64 : 1133-1137, 5 aug. 1938).

Houda (Y.). — Die lakteriologischen Beobachtungen über die Sauernilch in der imreren Mongolei über deuverleuf der infectiose Darubakteriven (*J. Orient. Med.* (*abstr. sect.*) 28 : 74, may 1938).

Huddleson. — B. abortus est-il pathogène pour l'homme? (*J. Am. Med. Ass.*, 27 mars 1926).

Huddleson (I.-F.) et Abell (E.). — Behavior of Brucella melitensis and abortus toward gentian violet (*J. Infect. Dis.* 43 : 81-89, juil. 1928).

Huddleson (I.-F.) et Johnson (H.-W.). — Brucellosis significance of Brucella agglutinins in blood of veterinarians (*J. A. M. A.* 94 : 1905-1907, 14 juin 1930).

Janbon. — Les grands types évolutifs de la mélitococcie (*Montpellier méd.*, juil. 1935).

Janbon et Caderas de Kerlan. — Brucellose humaine et avortement. Isolement de Brucella melitensis dans le sang de la mère, les viscères et le sang du fœtus, le placenta et les lochies (*Presse médicale*, nº 24, 25 mars 1939, p. 453).

Janbon (M.) et Vedel (A.). — Mélitococcie aiguë bénigne d'une évolution totale de six jours (*Arch. de la Société des Sciences méd. et biol.*, nov. 1937, p. 651).

Jean (B.). — Un cas de brucellose. Inoculation directe par un vaccin brucellique virulent (Société de Méd. de Rouen, séance du 7 février 1938, in *La Normandie méd.*, nº 2, fév. 1938).

Jensen. — Spondylitis due to B. abortus Bang (*Hospitalstid*, 14 juin 1928, p. 637).

Joos. — La maladie de Bang chez l'homme (*Orvosi Hetilap*, 16 oct. 1937, p. 1060).

Josse. — Les éleveurs et la fièvre ondulante (*Le Mouvement sanit.*, nº 130, fév. 1935).

Jullien (J.). — Infection mixte par Brucella melitensis et bacilles d'Eberth à type épidémique (*Revue de microbiologie appliquée à l'agriculture, l'hygiène et l'industrie*, janv.-fév. 1935, nº 4).

Jullien (J.). — Les formes des brucelloses humaines (*La Presse méd.*, nº 3, 11 janv. 1933).

Jullien (J.). — Sur l'éclosion et la diffusion des brucelloses épizootiques. Passage possible des micro-organismes de l'humus aux invertébrés (annélides), aux végétaux à latex et aux animaux herbivores (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, nº 11, t. CXVII, séance du 16 mars 1937).

Jullien (J.) et Pérès (G.). — Comment éteindre un foyer de fièvre ondulante (*L'Avenir méd.*, mai 1933, nº 5).

Kalbfleisch. — Sur l'extension de l'infection humaine par le bacille de Bang en Steiermark, établie sérologiquement (*Wien. klin. Woch.* 26, avril 1935).

Kato et Lane. — Infection abortive à Brucella (*The Lancet*, 10 juil. 1937, p. 77).

Kern. — Abortus infection in man (*Am. J. M. Sc.*, sept. 1928, p. 405).

Kertesz (T.). — Bacteriologic observations of undulant fever (*Budapesti Orvosi Ujsag*. 30 : 176-180, feb. 18, 1932).

Knobloch. — Maladie de Bang et péritonite (*Zentralbl. f. Chir.*, LIX nº 11, 12 mars 1932).

Koschare (J.). — Infection à Brucella abortus de l'enfance (*Jahrb. f. Kinderh.*, CXXVIII, 1930, p. 308).

Kokotek et Poznanski. — L'infection à bacilles de Bang chez l'homme *Polska Gaz. Lekarska*, N. 1, 31, p. 4).

KREUTER. — Infection of man with Bang bacillus (*Klin. Woch.*, 16 juil. 1927, p. 1380).

KRISTENSEN. — Role of B. abortus Bang as pathogen in man (*Ugesk. f. Læger*, 8 déc. 1927, p. 1123).

KRISTENSEN (M.). — Klassifikation dänischer und anderer Brucellastämme (*Zentralbl. f. Bakt.* (*Abt I*) 120 : 179-196, 10 mars 1931).

KUSHELEVSKIY (B.-P.). — Bang's bacillus in infection of man (*Soveti Vrach. Gaz.*, pp. 481-484, 30 avril 1932).

LACORTE (J.-G.). — Brucella melitensis ; nota sobre o germe por nos isolado do primeiro caso de febre ondulante assignilado no Rio de Janeiro (*Brasil med.* 48 : 575-576, 29 june 1935).

LANCELIN, SEGUY et DUBREUIL. — A propos de l'utilisation possible de la bile comme milieu d'enrichissement du mélitocoque (*Arch. de Méd. et Pharm. nav.* 118 : 177, avril-juin 1928).

LANE. — Bacillus abortus infection in human bung (*Clin. Med. Surg.*, mars 1927, p. 200).

LANGE (F.). — Contribution à la question de la transmission de la maladie de Bang (*Deutsch med. Woch.*, vol. LXII, 1936, p. 887, in *Office internat. d'Hygiène publ.*, août 1937).

LAUDA. — La maladie de Bang (*Wien. klin. Woch.*, n° 9, 2 mars 1934).

LEAVELL (H.), POSTON (M.) et AMOSS (H.). — Administration de thionine et méthyl violet dans l'infection intestinale à Brucella melitensis (*The Journ. of Amer. Med. Ass.*, XCV, 1930, 860).

LEAVELL (H.-R.) et AMOSS (H.-L.). — Brucella infection case report cultivation of brucella from bile (*Am. J. M.* 181 : 96-102, janv. 1931).

LEDOUX (E.). — Notions générales sur les brucelloses (*Rev. de Méd. de Franche-Comté*, n° 5, 6 mai-6 juin 1936, p. 129).

LEDOUX (E.), BATAILLON, MARÉCHAL et PICARD. — La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. Epidémiologie et allure clinique (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. CXVII, n° 20, séance du 25 mai 1937).

LEGENDRE (J.). — L'avenir de la fièvre ondulante (*Le Concours méd.*, n° 19, 13 mai 1934).

LÉVY. — La fièvre ondulante (Société de Méd. du Loiret, séance du 20 mars 1935, in *Centre méd.*, n° 4, avril 1935).

LÉVY (R.) et ARNOUX (M.). — Étude des cas de fièvre ondulante de Menil-Flin (*Rev. méd. de Nancy*, n° 4, 15 fév. 1937).

LÉVY (D.-F.) et SINGERMAN (B.). — Brucella melitensis bacterenia associated with vegetative en endocarditis (*Am. Heart. J.* 15 : 109-113, janv. 1938).

LIGNIÈRES (J.). — Sur les qualités pathogènes de « Brucella melitensis » et de « Brucella abortus » (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. CVIII, 910-914, 5 juil. 1932).

LISBONNE et JANBON. — La fièvre ondulante (mélitococcie ou brucellose). (Extrait de l'*Encyclopédie médico-chir.*, Paris, in *Rev. de microbiol. appliquée*, n° 1, janv.-fév. 1936).

LONG (A.-G.). — Method for determining presence in milk of agglutinins for Brucella abortus (*Am. J. Pub. Health* 19 : 1040, sept. 1929).

LUPSCHITZ. — Human B. abortus infection (*Ugesk. f. Læger*, 14 juin 1928, p. 550).

LUSTIQ. — Human and bovine types of B. melitensis (*Riv. Sud. Am. d. Endocr.*, sept. 1927, p. 724).

LYNCH (F.-B.) et CALLAN (A.-M.). — Some observations on agglutination of Br. abortus (*J. Lab. et Clin. med.* 15 : 444-446, fév. 1930).

MC ALPINE (J.-G.) et SLANETZ (G.-A.). — Studies on metabolism of abortus melitensis group ; glucose utilization (*J. Infect. Dis.* 42 : 73-78, janv. 1928).

MC ALPINE et MICKLE. — Bacterium abortus infection in man (*Am. J. Pub. Health*, mai 1928, p. 609).

MC NUTT. — Pathogenicity of different strains of Brucella group (*J. Am. Vet. M. Ass.*, déc. 1928, p. 94).

MAGENDANTZ. — Contribution à l'infection humaine par le microccus abortus (*Medizin. Klinik*, t. XXVI, nº 7, 14 fév. 1930, p. 236).

MAHONDEAU-CAMPOYER (D.). — Une nouvelle variété de fièvre ondulante : la brucellose d'origine bovine ou « maladie de Bang » (*Gaz. méd. de France*, pp. 426-431, 15 juin 1932).

MARTIN (Walter-B.). — Human infection with brucella melitensis variety abortus (*Virginia Medical Monthly*, february 1929, p. 770),

MARX. — Sur l'infection de Bang (*Schweiz. med. Woch.*, p. 709, nº 30, 25 juil. 1931).

MAY (E.). — La fièvre ondulante d'origine bovine (*Rev. crit. de Path. et Thérap.* 1 : 267-276, nov. 1930).

MAZÉ (P.) et CESARI (E.). — La destruction du Bacillus abortus dans le lait et les fromages par la fermentation lactique (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.* 108 : 630-632, 13 nov. 1931).

MENTON (J.). — Brucellose chez l'homme et l'animal dans le Stafford-shire. Observations de laboratoire (*British Med. Journ.*, nº 4016, 25 déc. 1937, 1273-5, in *Office internat. d'Hygiène publ.*, avril 1938, p. 830).

MEYER. — Brucellose : données nouvelles (*Schweiz. med. Woch.*, 19 fév. 1938, p. 176).

MOLINELLI (E.-A.). — La difteria y fiebre de Malta en Mendoza : informe clevado al senor Director del Instituto Bacteriologico del Departamento nacional de Higiene (*Semana med.* 1 : 1235-1242, 7 may 1931).

MORIN (E.), LEMIEUX (R.) et LEBLOND (S.). — Fièvre ondulante (*Laval méd.*, vol. I, nº 5, juil. 36).

NAGORSEN. — Les infections humaines à Brucella abortus (*Medizin. Klinik*, nº 40, 1930, 1476).

NAUDIN. — Remarques sur la Brucellose bovine, source d'une fièvre

ondulante de l'homme (Société de Méd. du Loiret, séance du 17 avril 1935, in *Centre médical*, juin 1935, n° 6).

NETTER. — Fréquence des infections par le bacillus de Bang (*The British Med. Journ.*, n° 3726, 4 juin 1932, p. 1030).

NICOLLE (Ch.). — Introduction à la pathologie méditerranéenne. (Leçon faite en mai 1934 au Centre univers. médic. de Nice, *Journée méd. franç.*, nov. 1934).

NORTON (J.-F.) et PLESS (L.-R.). — Agglutinins for Br. abortus in blood and milk of cows; use of agglutination reaction in control of certified milk (*Am. J. Pub. Health* 21 : 499-502, mai 1931).

OLITZKI (L.) et GUREVITSCH (J.). — Das Wachstum der Brucellen auf halbfesten Nährböden (*Zentralbl. f. Bakt.* (*Abt I*) 125 : 171-180, 3 août 1932).

CANDIDO DE OLIVEIRA (J.). — Brucellose (*Lisboa. Med.* 14 : 695-728, nov. 1937).

O'REILLY. — Fièvre ondulante dans un sanatorium p. 430 (*The Lancet*, vol. CCXXXV, n° 5999, 20 août 1938).

ORR EWING et PARRY. — Fièvre ondulante. Mort par iléus paralytique (*The British Med. Journ.*, 26 juil. 1937, p. 165).

ORTIZ RAMOS (P.) et ORTIZ DE VILLAJOS (J.). — La fièvre de Malta en uestra experiencia neurologica (*Arch. de Med. cir y especial*, 30 agosto 1935).

PARIS. — La fièvre ondulànte (*Riforma medica*, 29 août 1936, p. 1175).

PASSERELLI (E.-W.) et SLOAN (L.-H.). — Undulant fever (*M. Clin. North Amer.* 22 : 247-259, janv. 1938).

PATTIN. — La fièvre ondulante (*La Prensa med argentina*, n° 3, 18 janv. 1933).

PETER. — Observation d'un cas de maladie de Bang avec exanthème (*Polska Gaz. Lekarska*, 20 janv. 1935).

PHILIBERT (A.). — Les brucelloses humaines (*Clin. et Labor.*, n° 3, 20 mars 1934).

PISU (I.). — Nuovi orientamenti sulla classificazione della Br. paramelitensis e sulla sierodiagnostica della febbre ondulante (*Boll. d. Ist. Sieroterap. Milanese* 11 : 512-521, août 1932).

PLASTRIDGE (W.-N.) et MCALPINE (J.-G.). — Brucella abortus of bovine, porcine and equine origin. (*J. Infect. Dis.* 49 : 127-134, août 1931).

POPPE. — Bacillus abortus infection in man (*Deutsche tierärztl. Woch.* 24, nov. 1928, p. 781).

POPPE. — Maladie de Bang (homme et animal) (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 11 sept. 1936, p. 1503).

PUGNANI (E.). — Osservazioni sui metodi di differenziazione dei batteri del gruppo delle brucelle.

RAMOS et OTIZ DE VILLAJOS. — La fièvre de Malte dans notre pratique neurologique (*Arch. de Med. cir y especial*, 30 août 1935, p. 558).

RANNEY. — Elimination de Br. abortus (*Cornell Vet.*, juil. 1934, in *Rec. Méd. vét.*, janv. 1935).

RAOUL (M.) et KOURILSKY (Mme S.). — Brucellose à incubation prolongée due à une contamination bovine unique. Guérison apparente après traitement vaccinothérapique (*Bull. et Mém. de la Société des hôp. de Paris*, séance du 27 mai 1938, n° 19, 6 juin 1938, p. 932).

RAVINA (A.). — Les rapports entre la fièvre méditerranéenne et l'avortement épizootique (*Presse médicale* 36 : 932-933, 25 juil. 1928).

RAYNAUD (Robert), MARILL et ESHOUGUES (Robert D'). — Les endocardites mélitococciques (*Paris médical*, n° 14, 8 avril 1939).

RÉALE. — Septicémie de Bang (*Rev. méd. Suisse romande*, LII, n° 6, p. 321, 25 mai 1932).

REZINKOV (I.-I.). — Pathogenicity of Bang's bacillus in man (*Klin. med.* (nos 9-10) 10 : 255-261, 1932).

RICHARDSON. — Infection à Brucella abortis traitée par le prontosil (*The Lancet*, 26 fév. 1938, p. 495).

RICHON et JOYEUX. — Fièvre ondulante à Brucella abortus (*Soc. de Méd. de Nancy*, séance du 10 juin 1931).

RILCKE. — La maladie de Bang et ses rapports avec l'oto-rhino-laryngologie (*Annales d'oto-laryngologie*, avril 1938, n° 4).

RIMBAUD (L.). — L'évolution de la mélitococcie en clinique (*Journ. méd. franç.* 3 : 78-81, mars 1936).

RINJARD (P.). — La brucellose (Journées vétér., 9-10-11 juin 1933, *Recueil de méd. vétér.*, n° 11, nov. 1933).

ROBINSON. — Br. abortus in man (*J. M. A. Sc. Africa*, 10 sept. 1927, p. 442).

RODRIGUEZ. — Fièvre de Bang : ses rapports avec la mélitococcie (*Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, n° 7, 13 fév. 1932).

ROLAND (H.). — Formes graves de mélitococcie (*Rev. méd. de la Franche-Comté*, nos 7-8, juil.-août 1938, p. 206).

ROSSETTI (C.). — Un caso di febbre ondulante da Br. melitense in zona con frequente aborto epizootico (*Giorn. di Batteriol. e Immunol.* 8 : 479-484, mai 1932).

ROSSI (P.). — Brucellose et vétérinaires (Société de Biol., séance du 16 mars 1935, in *Comptes rendus de la Société de Biol.*, t. CXVIII, n° 11, 1935).

RUBENSON et WASSEN. — Case of febrile infection due to Bang bacillus (*Svenska lak. tidn.*, 25 mai 1928, p. 660).

RUFFINO (P.). — Distribuzione della febbre ondulante e del bacillus abortus in Provincia di Modena (*Arch. ital. di Sc. Méd. colon.* 12 : 548-555, 1er sept. 1931).

RUSS. — Maladie de Bang chez l'homme : bactériologie, sérologie, épidémiologie et prophylaxie (*Wien. klin. Woch.*, n° 10, 9 mars 1934).

SAITTA (S.). — Sul comportamento della brucella melitensis e della brucella abortus di fronte ad alcuni colori di anilina (*Giorn. di Batteriol. e Immunol.* 4 : 307-313, avril 1929).

SANGIORGI. — Di erenciation between B. abortus and M. melitensis (*Pathologica*, 15 janv. 1927, p. 3).

SARNOWIEC (W.). — Sur la production anticorps spécifiques par l'injection de filtrats de culture de Brucella abortus chez les animaux tuberculeux ou vaccinés par le B. C. G. (Société de Biologie, séance du 23 mars 1935, in *Comptes rendus Société de Biol.*, n° 12, 1935).

SARNOWIEC (W.). — Phénomène de zone obtenu avec le sérum de cobayes tuberculeux traités par des filtrats de cultures de Bacillus abortus (Société de Biologie, séance du 11 mai 1935, in *Comptes rendus de la Société de Biol.*, n° 17, 1935).

SARNOWIEC (W.). — Deux cas d'infection humaine par une brucella. Conditions du diagnostic (Société de Pathologie comparée, séance du 10 novembre 1936, in *Rev. de Pathologie comparée*, déc. 1936).

SCHLESMANN. — Diagnostic sérologique de l'infection de Bang chez l'homme (*Klin. Wochens*, n° 41, XI, p. 1711, 8 oct. 1932).

SCHLIERBACH (P.) et WURN (K.). — Infection à bacille de Bang réalisant le tableau d'un ictère catarrhal (*Deutsche mediz. Wochens.*, vol. LXII, 1936, p. 888, in *Office internat. d'Hygiène publ.*, août 1937).

SCHMIDT. — Nouvelles recherches brucella abortus (*Deutsche tierärztl. Woch.*, n° 44, 1932, in *Recueil de Méd. vét. de l'Ecole d'Alfort*, n° 10, oct. 1934).

SCHNURER. — Infection de Bang chez l'homme et chez l'animal (*Wien. klin. Woch.*, n° 10, 9 mars 1934).

SCHWARZ. — Infection humaine de Bang avec avortement, guérison par vaccination (*Münchener med. Woch.*, n° 35, 1er sept. 1933).

SEDAILLIAN (P.). — La fièvre ondulante (*Questions méd. d'actualité*, janv. 1935).

SÉE. — La clinique de la fièvre ondulante (*Revue de Méd.*, n° 2, fév. 1936).

SEELEMANN et HADENEFLFT. — Occurence of Bacillus abortus infection in man (*Zeits. f. Fleisch. u. Milch.*, 1er nov. 1928, p. 45).

SENDRAIL et LASSERRE (R.). — Le bacille de la nécrose (bacille de Bang, bacille de Schmorl), agent de la funiculite de castration chez les solipèdes (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 9 juil. 1935, n° 26).

SENSENICH et GIORDANO. — Brucella abortus infection in man (*J. Am. M. Ass.*, 2 juin 1928, p. 1782).

SERGEANT, COCHARD et BALGAIRIES. — Deux cas autochtones de mélitococcie (*Écho méd. du Nord*, 3 fév. 1935).

SÉVERI (R.). — Sulla agglutinazione da tripaflavina nelle Brucelle (*Boll. d. Soc. ital. di Biol. sper.* 6 : 501-503, juin 1931).

SÈZE (S. DE), LIPCHUTZ (I.) et SÉRANE (J.). — Syndrome d'asthénie physique et psychique à évolution prolongée. Manifestation tardive et révélatrice d'une infection mélitococcique méconnue (*Le Bull. méd.*, n° 43, 22 oct. 1938, p. 763).

SIGL. — Cas mortel de maladie de Bang (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, 25 août 1933).

SIMITCH et DZOWRICHITCH. — La maladie de Bang en Yougoslavie chez l'homme (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1936, p. 620).

SIMONETTI (F.). — Sui rapporti tra Brucella melitensis e Brucella abortus (*Igiene mod.* 21 : 9-14, janv. 1928).

SMITH (J.). — Brucella abortus in milk (*J. Hyg.* 32 : 354-366, juil. 1932).

SOULIGNAC (R.). — Sur un cas de fièvre de Malte observé en Seine-Inférieure (Société de Méd. de Rouen, séance du 1er juillet 1937, in *La Normandie méd.*, n° 7, juil.-août 1937).

SPENGLER. — Bang's Bacillus abortus infection in man (*Wien. klin. Woch.*, 13 déc. 1928, p. 1709).

STRANBE (G.). — Untersuchungen über Bang-allergie und serumphänomène am. Menschen (*Med. Klin.* 28 : 1501-1502, 21 oct. 1932).

SUBIK. — Maladie de Bang (*Brat. lek.*, n° 6, juin 1937, in *La Presse méd.*, n° 38, 11 mai 1938).

TANON et NEVEU. — Expression clinique de la mélitococcie à microcoque de Bruce ou à bacille de Bang chez l'homme (Ier Congrès internat. d'Hygiène méditerranéenne, Marseille, 19-25 sept. 1932, *La Presse méd.*, n° 87, 29 oct. 1932).

TAYLOR (R.-M.), LISBONNE (M.) et ROMAN (G.). — Recherches sur l'identification des Brucella isolées en France par l'action bactériostatique des matières colorantes et la production d'hydrogène sulfuré (Huddleson) (Mémoire préliminaire) (*Annales de l'Institut Pasteur* 49, 284-302, sept. 1932).

TAYLOR (R.-M.), VIDAL (L.-F.) et ROMAN (G.). — Persistance de Brucella melitensis (variété caprine) chez les vaches naturellement infectées (*Comptes rendus de la Société de Biol.*, séance du 12 mai 1934, t. CXVI, n° 17, p. 132).

THOMPSON (R.). — Etiology of undulant fever in Canada : Brucella abortus isolated from 2 cases in Québec (*Canad. M. A. J.* 30 : 485-487, may 1934).

THOMPSON (R.). — Bacteriological studies of undulant fever in Canada (*Canad. pub. Healthy* 26 : 309-314, june 1925).

THOMPSON. — Bacillus abortus infection in man (*Lancet*, 29 déc. 1928, p. 1335).

TINKER (M.-S.). — Bang's disease in man (*Sovet. Klin.* 15 : 39-49, 1931).

TIRAFERI (E.). — Sul potere battericida in vitro del sangue in toto sulla Brucella melitensis sulla Br. paramelitensis e sulla abortus (*Giorn. di Batteriol. e Immunol.*, 19 sept. 1915, july 1935).

TOBLER (W.). — Fièvre ondulante de l'enfance à Brucella abortus (*Jahrb. f. Kinderh.*, CXXIX, 1930, 72).

TURCU (T.) et MORARIU (E.). — Recherches dans un foyer endémique d'avortement infectieux suivi d'infections consécutives de fièvre ondulante (*Comptes rendus de la Société de Biol.* 110 : 1145-1146, 29 juil. 1932).

Ubertini (B.). — Contributo alla questione della ricerca di un mezzo di differenziazione fra Br. Abortus et B. Melitensis (*Clin. vét.* 53 : 206-215, avril 1930).

Uhlhorn. — La mélitococcie en Alsace. Étude clinique et bactériologique des brucelloses (Thèse Strasbourg, 1934-1935).

Vacchio (G. del). — Culture de la brucella melitensis en partant du cerveau d'un cobaye (*Soc. internaz. di Microbiol. Bolld. sez. Ital.*, 376-377, oct. 1935).

Van Nouhuys. — Fièvre ondulante occasionnée par le bacille de Bang (*Nederlandsch. Tijdschrift. voor Geneeskunde*, n° 29, 22 juil. 1933).

Vasile (B.). — Sulla possibilita di di erenziare il bacillo di Bang dal microcco di Bruce (*Ann. di Clin. med.* 19 : 339-347, juin 1929).

Vasile (B.). — Ancora sulla possibilita di differenziare il bacillo di Bang dal micrococco di Bruce. Studio di alcuni caratteri delle tossine (*Ann. di Clin. med.* 20 : 257-267, janv. 1931).

Vegni (R.). — Ricerche sperimentali di differenziazione del micrococco di Bruce dal Bacillus abortus di Bang. (*Giorn. di Batteriol. e Imm.* 4 : 448-456, mai 1929).

Velu (H.) et Zottner (G.). — Valeur antigénique de Brucella abortus en excipient gras (*Comptes rendus des séances de la Société de Biol.*, t. CXVIII, n° 3, 1935).

Velu (H.) et Zottner (G.). — Brucella abortus en excipient irrésorbable et phénomène de zone (*Société de Biol.*, séance du 1er juin 1935)

Velu (H.), Weylan (H.), Zottner (G.) et Sarthou. — Effets chez le cheval des injections de Br. abortus en excipient gras (*Bull. de l'Acad. vétérinaire de France*, n° 5, mai 1935).

Velu et Zottner (G.). — Au sujet des brucelloses : un point de terminologie (Séance du 6 juin 1936, *Bull. de l'Acad. vétérinaire de France*, juin 1936).

Velu (H.) et Zottner (G.). — Prémunition contre Brucella abortus par cultures vivantes enrobées et longues ; persistance des réactions allergiques et sérologiques (Société de Biol., séance du 22 janvier 1938, in *Comptes rendus des séances de la Société de Biol.*, 1938, n° 3, p. 224).

Velu et Zottner. — La prémunition contre la maladie de Bang par les cultures vivantes de Brucella abortus est-elle possible sans être dangereuse? (*Bull. de l'Acad. vétérinaire de France*, t. XI, n° 6, juin 1938, p. 429).

Vercellana. — Pathogénie infection of Bang's bacillus on man (*Giorn. di Clin. med.*, 20 juil. 1928, p. 461).

Vernoni. — La fièvre ondulante transmise par les bovidés, infections de l'homme par le B. abortus (*Immunität. Allergie und Infection Krankheit*, t. II, nos 1 et 2, p. 24).

Vertruyen (H.). — Un cas de fièvre ondulante (*Le Scalpel*, n° 10, 5 mars 1938).

VIDAL (J.) et ABELLA (R.). — La différenciation du Micrococcus melitensis et du Bacille de Bang par les agglutinines (*Comptes rendus de la Société de Biol.* 99 : 1271-1273, 26 oct. 1928).

VIRGILLO. — Pathogénie effect of Bacillus abortus in man (*Rinasc. med.*, 1er nov. 1928, p. 1311).

YECKEL et CHAPMAN. — Infections à brucella (alcaligènes) chez l'homme. Réaction intradermique auxiliaire du diagnostic (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, t. C, nº 23, 10 juin 1933).

ZANZUCCHI (A.). — Puo il bacillo di Bang provocare nel genere umano infezioni allo stato latente? (*Giorn. di Clin. med.* 15 : 812-837, 30 aug. 1934).

Le Président :

Je remercie le Dr LAMASSON de son travail si documenté et qui m'a particulièrement intéressé car, en Alsace, la fièvre de Malte a fait de grands ravages.

Mesdames, Messieurs, la partie scientifique du Ve CONGRÈS NATIONAL DE MÉDECINE HOMŒOPATHIQUE est terminée. Je vous remercie de votre attention soutenue, de votre régularité aux séances, et je vous donne rendez-vous au banquet.

ANGERS

ÉDITIONS DE L'OUEST

11.285-10-39





ANGERS

EDITIONS DE L'OUEST

20, boulevard Maréchal-Foch, 20

11.285